

دار المقطم للصحة النفسية
المكتبة العلمية

مقدمة في العلاج الجمعي عن البحث في النفس والحياة

تأليف

د. يحيى الرخاوى

أستاذ الطب النفسى - جامعة القاهرة
ومستشار دار المقطم للصحة النفسية

١٩٧٨

الناشر
دار الغد للثقافة والنشر
٤٧ شارع افلى القاهرة

دار المقطم للصحة النفسية

مقدمة في العلاج الجمعي
عن البحث في النفس والحياة

تأليف

د. يحيى الرخاوى

أستاذ الطب النفسى - جامعة القاهرة
ومستشار دار المقطم للصحة النفسية

١٩٧٨

الناشر

دار الغد للثقافة والنشر
٤٧ شارع الفلكي القاهرة

تصدير

كتب الأستاذ الدكتور يحيى الرخاوى هذه المقدمة لغرض محدد ، وهو تقديم بحث قام بالإشراف عليه وأعدّه أحد تلاميذه . وهو الدكتور عماد حمدى غز ، وذلك عن « العلاج الجمعى : دراسة دينامية لاتجاه مصرى » ، ثم عرضها علينا — تلاميذه — الواحد تلو الآخر كما يفعل فى أغلب ما يكتب قبل أن يدفع به إلى النشر ، وإذا بنا نقاجاً بأن هذه الأفكار — التى كثيراً ما طلبنا منه نشرها — أماننا مكدسة وراء بعضها فى تسلسل قائم بذاته يكاد يستقل حتى لينفصل عن البحث المراد تقديمه ، وأصبحنا ، وأصبحت أنا بوجه خاص فى حيرة ، وعرضت عليه رأى ألا تكون هذه المقدمة لبحث خاص ، وأن يزيدها وينقحها ويكتب لنا وللناس كتاباً عن العلاج النفسى الجمعى يضع فيه خبرته وعلمه كما يعيدنا دائماً ، ووافق من حيث المبدأ ، ووعد خيراً ، ولعلنا المسبق بطبعه

لم نأمن لهذا الوعد فأردنا منه التزاما، فتهرب كالعادة، وحاولنا اختبار الموقف عمليا بأن طلبنا منه أن يكتب تقديمًا موجزا لبحث الزميل الدكتور عماد غز، فلم يفعل... وأشار أن ينشر هذا التقديم هكذا، ولا مانع من أن يعاد نشره ضمن الكتاب الأكبر...

وراجعت نفسي ووعدته السابقة وأيقنت أن الوعد غير الموقوت قد لا يعنى شيئًا حسب سابق خبرتي معه...، وقلت لعل أفضل ما يمكن هو أن تقدم هذه المقدمة على مستوى آخر لأعداد أكبر مستقلة في ذاتها... وليكتب هو ما يريد فيما بعد، وأملنا أن تحقق هذه الخطوة مطلبين...

الأول — إحراجه حتى لا يتراجع.

والثاني — توصيل بعض ما يمكن توصيله في حينه إلى الناس دون انتظار للوعود المتكررة.

ولم يخف علينا ما في ذلك من مخاطرة إذ قد يحس

للقارئ أن الخالص (وهو تقديم بحث بذاته) أصبح عاما دون مراعاة للفرق بينهما ، إلا أننا أدركنا بعد المراجعة المتأنية أن هذا لن يضير العمل شيئا ، وأن كل إشارة خاصة يمكن أن تفهم دون الرجوع إلى البحث مباشرة ، وكذلك فإنها قد تصلح لأي بحث من هذا القبيل دون الارتباط بهذا البحث بوجه خاص .

قد يكون في هذه المحاولة بهذه الطريقة ما لم يألفه القارئ ، ولكن من ذا يستطيع أن يجزم أن المؤلف هو الأفضل ؟ .

دكتور رفعت محفوظ محمود

• بر دار المقطم للصحة النفسية •

ليكن ، ولقد ألحقت بهذا العمل بعض الخطوط العريضة لمزيد من الفروض العاملة في مجالات أخرى ، ولينتم كل بما شاء لما شاء .

يجي الرخاوى

مقدمة

لهذا العمل وضع خاص :

فهو مقدمة لبحث قمت بالإشراف عليه وبحيث شاركت فيه
ولسكنه مقدمة أيضاً لبحث كنت « أنا شخصياً »
بعض مادته .

وأخيراً هو تقديم لطريقة علاجية نشأت من ممارستي
للعلاج النفسي في مصر . . .

وبعد ذلك فإني به أقدم نفسي وفكري . . أخيراً ،
وبالرغم من أنها مسألة تبدو خاصة تماماً وهي تقدم بحثاً
بذاته ، إلا أنني تعمّدت أن أجعلها مقولة قائمة بذاتها ، حتى
لتكاد أن تقرأ مستقلة تماماً . . رغم ما جاء بها من إشارات
متكررة عن البحث القائم .

ذلك لأنني انتهزت هذه الفرصة المتاحة لأعلن بضعة

خطوط عريضة آن الآوان لإعلانها ، إذ سأحاول من خلال هذه المقدمة المتصلة بشخصى من أكثر من جانب أن أضع « فهرساً » أو « رؤوس مواضيع » تشغلنى منذ زمن ليس بعيداً (منذ « ولادة الفكرة » التى أعلنتها فى كتابى « حيرة طبيب نفسى ») ، وقد وجدت أنه قد مرّ على ذلك ما كاد يزيد عن ست سنوات دون أن يصدر شىء محدد يتلو هذه الفكرة رغم أنها كانت « إنهاية وبداية » كما أعلنت ، ولهذا التأخير وحده ميزة لا أنسى لها . . . كان بفضلها أن اخترت سائر الأفكار ، واختبرت بعض الفروض ، إلا أن الوقت أخذ يمرّ شيئاً حتى بدأت أخاف أن « أذهب » قبل أن أحدد معالم ما توصلت إليه . . . وقررت أن أنتهز هذه الفرصة لأدوّن بعض ما يشغلنى ، ولو « كورقة عمل » ، ولو « كفروض محتملة التحقيق » ولو « كمثيرات للتفكير » ، وقد بلغت مخارفى أنى أحسست — فى أقل من ثمانية — أثناء حادث سيارة وقع لى فى الشتاء

للماضى أنى إن ذهبت ومعى ما أحمل من فكر فإنى سوف
أكون مثل من سرق ما ليس له ... لأنى قصرت فى أن
أتركه لأصحابه ، فإذا وجد القارى استرسالا فى الأفكار قد
يبعده قليلا عن هذا البحث ، فليعذرنى وسوف أحاول أن
أقدم له ما يبرر ذلك من وجهة نظرى ، فليحمل الورق بعض
ما حملت من أمانة لم يعد من حقى — بعد انتظار سنوات —
أن أظل محتفظاً بها ، أمنعها دون أصحابها من هذا الجيل
أو الأجيال اللاحقة بحجة صعوبة النشر أو الرغبة فى الإتيان
والتكامل ، فلا النشر سيصبح أسهل مما هو الآن لمثل هذ
الجديد فى عنفه وندرته وتحديه ، ولا الإتيان حتى التكامل
بممكن بالدرجة التى ترضى أى متردد أو خائف مثلى ، وهم
لأبد أن أشكر دار المقطم ودار الغد لهذه التوضيحات الماد
وأشكر الباحث لهذه الفرصة الكريمة

وسوف تكون عناصر هذا العمل كالآتي :

الجزء الأول

(في البحث العلمى والعلاج الجمعى)

- ١ - اختيار البحث .
- ٢ - تاريخ التجربة .
- ٣ - طريقة البحث وصعوباتها .
- ٤ - مادة البحث .
- ٥ - معالم طريقة العلاج الجمعى هذه .
- ٦ - علاقة هذا العلاج بمختلف الأبعاد المتعلقة به ، ويشمل ذلك : العلاقة بالعلاجات الأخرى والعلاقة بمدارس علم النفس المعاصرة ، ثم العلاقة بطرق العلاج الجمعى الأخرى . وكذلك العلاقة ببعض المدارس والمشا كل الفلسفية ، وأخيراً العلاقة بقضايا عامة (مثل الدين والسياسة ... الخ) .

الجزء الثاني

(في النظرية والأداة البشرية)

- ١ — الخطوط العامة للفروض العامة .
 - ٢ — الأداة البشرية والممارسة الإكلينيكية .
 - ٣ — الطب النفس المصرى . . والتطورى .
-

الجزء الأول

أولاً — إختيار البحث

إن الطب النفسى الوصفى لم يزدهر إلا من خلال بعدين أساسيين :

أولاً : تنمية الحدس الإكلينيكى .

ثانياً : الوصف التسجيلى الأمين . . .

(وهذين البعدين هما ما أثرت إليهما في تقديمي للكتاب

الأول في هذه المكتبة العلمية وسوف أعيد الحديث عنها في

الجزء الثاني من هذا السكتيب) ، وبالتالي فينبغى أن يكون البحث العلمى فى فرعنا هذا ملتزماً أساساً بهذين البعدين ، لا حكراً على تعداد الأرقام أو وفرة الأعداد (وإن كان لا غنى له عنهما) . . وإنما يتحقق هذا الالتزام بالعمل على إعداد باحث أمين . . وتحديد فرض عامل . . وتسجيل ملاحظة يقظة . . ثم بعد ذلك يأتى التفسير وإعادة التفسير وإعادة تفسير التفسير . . الخ ، فرحلة التفسير مفتوحة دائماً وإلى أبعد مدى .

وبديهى أن هذا الاتجاه الاكلىنيكى الذى أحاول أن أؤكد به بالحاح ، يكاد يصل إلى حد الإملاى ، ليس بديلاً عن الأبحاث السلوكية المفصلة . . ولكنه الأصل دائماً . . وهذا البحث هو من نوع تسجيل الملاحظات أساساً ثم تفسيرها ، وهو يعلن ضمناً أن إلزام إعادة التجربة مرفوض فى مجالنا هذا لأنه مستحيل ، وأن العينة الضابطة مرفوضة أيضاً لأنها خدعة ، فالإنسان كائن متغير بالضرورة ، متطور

(أو متدهور) بطبيعته ، هادف واعر (إلى حد ما) في مسيرته الحياتية أو فنائه الحتم... ، وقد أكدت هذه المقولات التي تعطى لعلمنا وضماً فريداً ضرورة البحث عن منهج للبحث العلمي خاص به ، وقد تصاعد رفض فكرة « إعادة التجربة » و « العينة الضابطة » حتى أنى علمت مؤخراً أن آباء التداوى بالعقاقير النفسية في معمل السيكونفارما كولوجي في باريس (تحت رئاسة الأستاذ الدكتور دينيكير... ومن قبله ديلاي مكتشف عقار اللارجاكتيل) قد أعلنوا رفض إلحاح شركات الأدوية على الالتزام بهذه البدعة السخيفة وهي بدعة « العينة الضابطة » .. ، فإذا كان ذلك كذلك في مجال تقييم آثار العقاقير الفارما كولوجية ، فهو أهم وأصدق في مجال ملاحظة السلوك الإنساني وتحديد قواه وتفسير جوانبه في واقع الممارسة الإكلينيكية... ومن ضمنها العلاج النفسي .

ولكن هذا البحث أيضاً يحاول — كما أعلن من ضمن

أهدافه — تقييم طريقة ما في العلاج النفسي ، ويبدو أنه آثار بطريقة غير مباشرة أننا ونحن في سبيلنا إلى البحث والتحري والتقدير لا بد وأن نعرف « ماذا » نقيس ، قبل أن نقاش في « كم » نقيس ، فكثير من الأبحاث والآراء والنقد والتقييم يدور حول كم شيء لم يتحدد قبلاً ، ومن أقصى ما قرأت مؤخراً — وأدعى للضحك أيضاً — هو دراسة لتجميع تلك الأبحاث المقارنة لتفضيل نوع معين من العلاج النفسي على نوع آخر ، أو على علاج آخر (١١١) إذ أن أي ممارس للعلاج النفسي بأقل درجة من الصدق أو العمق ، يعرف ماذا تعني كلمة « تقييم » لما يفعل ، فإذا كان مصدر التقييم هو المريض : فدفاعاته قد تكون هي الحكم الأول والأخير ، ففي الوقت الذي قد يعتبر المريض نفسه قد « شفى والحمد لله » قد يضع المعالج يده على قلبه ، إذ هو يعرف تماماً أن المريض قد يكون بهذا هارباً إلى « مظهر الصحة » خوفاً من مخاطر التغير ، فهذا المريض الذي سنأخذ إجابته

لصالح العلاج قد نجد طبيبه — إن كان يقظا — في انتظار
الفكبة الصريحة (بعودة ظهور الأعراض) أو النكسة
الخفية (بانحدار مستوى تكيفه ونبضه العاطفي وإبداعه
واختراقه للحياة) .

وأنهى إلى القول أننا إذا قلنا أن هذا النوع من العلاج
أفضل من ذاك النوع دون أن نحدد بالقوة المكبرة معنى
« أفضل » ، وما هو الهدف من المسيرة العلاجية (ومن
الحياة) نكون قد وقعنا في مزلق استعمال أساليب علمية (بل
شبه علمية) لتبرير جهود حضارى دون وعى أو مسئولية ،
ولعل كل من يقيم طريقة من هذا النوع يندرج إما تحت
لافتة « المريدين » أو لافتة « الخائفين » (راجع الحساس
للتحليل النفسى من المريدين ، والهجوم عليه من الخائفين) ،
ومن هنا بدأ اعتراضى الأول على القائم بهذا البحث حين
عرض على فكرة البحث وخاصة أنه كان بشأن اختياره
كجزء لازم للتقدم للحصول على درجة الماجستير . . . ومعنى

ذلك أنه سيقدم إلى جهة رسمية ؛ للحصول على إجازة رسمية ؛
في وقت محدد . . .

وقد حاولت — لذلك — أن أثقى الباحث عن عزمه
مراراً — رغم رغبتى الخفية في أن يصر على المفارقة —
إلا أنه وحده دون جميع المجتسمين أصر على خوض التجربة ،
وكانت ذريعتة حينذاك « . . . لا بد أن أكون واضحاً مع
نفسى ، ومحددأ في اختياري ، ومنذ البداية . . . ، وما دمت
قد اخترت هذا المجال مهنة وطريق معرفة . . . فليكن بحفى
في مجالى دون تلكؤ . . . » ولا أنكر أنى قد تخوفت من
هذه اللهجة الواضحة المتحمسة (وقد ثبت فيما بعد أن تخوفى
كان في موضعه إلى أحد ما) ولكن ما أثنانى عن الحيلولة
الفعلية دون قيامه بالبحث هو ما تذكرته من حماسى في
أول شهابى العلمى تحت إشراف أستاذى الدكتور
عبد العزيز عسكر حين كان أول بحث قمت به هو تبريد
المرضى حوالى عشر درجات مئوية بما يحتمل ذلك من مخاطر

الموت ، وهاهو تلميذى يكرر هذا الحماس بما يحمل من مخاطر المواجهة العنيفة .. ليس فى داخل المرضى فحسب ، بل فى داخل المعالج والباحث نفسه ، إذ أن الجرعة البصيرية اللازمة لإجراء مثل هذا البحث بأمانة كانت فى تقديرى أكبر من احتمال شاب فى مستهل حياته ، لكل هذا تماديت فى محاولة إثباته عن عزمه كاتمادى زملاؤه فى نفس الاتجاه .. إلا أنه مضى فى إصراره ، وحين يصر شاب على أمر قابل للاختبار فإنى لابد أن أَرْضِخ ، ذلك لأن إصراره يزيد مسئوليته عن نتائج محاولته ، ثم إنه يتيح لى — ولنا — من خلال ذلك فرصة التجربة رغم المحاذير المبدئية الجبانة .. إلا أن رضوخى كان مهزوزاً ، فقد عدت فتددت مرة أخرى حين أُمعنت النظر فى تفاصيل البحث الذى سيقوم به ، حيث أنى «شخصياً» من ضمن مادة بحثه ، فأنا المعالج الذى يجرى عليه البحث ، وفى نفس الوقت أنا المشرف على نفس البحث .. والأدهى من ذلك فأنا أستاذ الطالب ، ليس فقط

فى مجال البحث بل وفى غير ذلك من المجالات ، فضلاً عن
بعد رابع أهم وأخطر وهو العلاقة الوجدانية التى تربطنى
بالباحث وتربطه بى ... سلباً وإيجاباً ، بوعى أو من خلف
ظهرىنا ، فكيف بالله أتصور لبحث أقوم فيه بهذه الأدوار
الأربعة مجتمعة أن يقترب بدرجة كافية من الموضوعية ... ؟

وقد عرضت مخاوفى — ثانية بعد بداية البحث — على

الباحث وزملائه ، وأصر الباحث أن يكمل الطريق الذى
اختاره ليعلم للناس ، وأهل العلم ، وبحب المعرفة ما يرى
ويتصور أنه لازم أن يقال .. إذ يوصل لهم رؤيته بكل ما لها
وما عليها ، وتمادى فى ذلك متهماً إياى أنى لو استمررت
على هذا التردد فقد تبدأ مثل هذه التجربة معى ، وتموت
معى ... إما بموتى أو بياسى وعجزى ، وكنت أحس من
خلال مناقشاتنا أنهم يرون — كما أرى — فيما يجرى شيئاً
جديداً ، وأنى أحل أمانة ينبغى أن تودى إلى أهلها —
الناس والعلم — باللغة المشتركة ... وإعلان الجارى بالقدر

الموضوعى الممكن ... وليس بالاستسهال الهروبى الجزئى :
 ولا أفكر أن كل هذا قد أدخل الطمأنينة إلى قلبى .. ليس
 بالنسبة لهذه التجربة فحسب ، بل بالنسبة لبقية أفكارى التى
 اختلطت بلحمى ودمى ولم يؤذن لها فى الخروج إلى الكاف
 بعد ... ، وإنما اختص بها من حولى فى مجالات الدراسات
 العليا والبحث فحسب ، وتذكرت أمثلة فى التاريخ — تاريخ
 علمنا — مثل هارى ستاك سوليفان ، وأدولف ماير .. إذ لم
 يكتب أى منهما أفكاره مباشرة فى الأغلب ، وإنما نقل عنه
 تلاميذه نظرياته وفكره ... وقلت لنفسى فى خبث مطمئن ،
 لك أن أستريح إذا ... لأن فكرك الذى هو زاوية رؤيتك
 للحقيقة لن يموت بموتك .. أو حتى هجرك .. أو ياسك ..
 وهكذا ، أصر الطالب على القيام بالبحث الذى اختاره ،
 وقاومته بالقدر الذى استطعت به أن أجم موافقتى الداخلية ،
 وانتصر هو و « داخلى » على مخاوفى وحساباتى ... وبدأ
 البحث ... لأعتبره — كما سأخلص فى النهاية — أنه ليس تقييما

موضوعياً لطريقة علاج (الأمر الذى أوضحت استحالته
لأى طريقة ... كما سأزيد ذلك تفصيلاً) وإنما هو وصف
لما يجرى فى محاولة علاجية جديدة ... ليشمل هذا الوصف
ما يجرى خارجنا ، وما يجرى داخل وعى الباحثين فى نفس
الوقت ، بدرجة مختلطة إذ لا يمكن فصلهما عن بعضهما . .
(وسوف أرجع إلى هذه النقطة بالتفصيل حين أنناول
طريقة البحث) .

وقد تصورت - وأملت - أن يكون لهذا البحث بالإضافة
إلى ما أعلن من أهداف - فوائد عملية منها على حد تقديرى :
١ - أننا قد تشجع ونتغلب على مرحلة أخرى من
الشعور بالنقص لنثبت لأنفسنا أولاً وللعالم من حولنا ثانياً
أننا لسنا أقل من غيرنا ، وأن الفكر المصرى والطب النفسى
المصرى لهما أصالتهما ومكانتهما فى مسيرة العلم والمعرفة ،
نشتم ها نحن كصريين ندلى بأصالتنا فى العلاج النفسى
فى أحدث صورهِ المعاصرة - العلاج الجمعى - دون تردد .

٢ — أن يثق شهاب الباحثين عندنا في أن البحث العلمى بمعناه الأخلاقى والإبداعى معاً ، ممكن ومتاح ، وأن حكمة البحث العلمى ليست حكراً على الفكر المغرب ، أو على الدفاع ضد إثارة الشكوك حول الإنسان الباحث كأداة بحث ، وأن نضرب لهم مثلاً خيائياً يشير إلى أن الأداة البشرية — على قصورها — قادرة على البحث والملاحظة والاستدلال وعلى الإسهام فى توضيح جانب من جوانب الحقيقة .

٣ — أن نحدد — بحثاً وتدويناً — بعض معالم ذواتنا بعيوبها ومزاياها ، بحيث نستطيع أن نتبادلها — محددة — مع الآخرين ، فى كل مجالات العلم فى الداخل والخارج ، فيتعرفوا علينا من خلالها — لامن خلال تصوراتهم — ، وينقدونا من واقعها فنتحول ونتطور ونسابق من خلال الاحتكاك والمناقشة ، وبالتالي نكون قد تخطينا مرحلة النقل والتقليد إلى مرحلة الاحتكاك والحوار ،

ثانياً — تاريخ التجربة

أما بالنسبة لموضوع البحث وهو «العلاج النفسى الجمعى» :
دراسة اتجاه مصرى » فإن له قصة طويلة معى لا أعتقد أن
هذا مجال ذكرها تفصيلاً — وقد أرجع إليها حين
أكتب بنفسى — إذا قدر لى — عن العلاج الجمعى من واقع
خبرتى ووجهة نظرى — ، ولكنى هنا لا بد أن أسرد
تاريخاً قصيراً ألتجإ إليه الباحث فى بضع سطور حين عرج
على العلاج الجمعى فى مصر .

ولعل فى هذا التاريخ الموجز ما يفسر أن
هذا الاتجاه « مصرى » . كما أنه قد يوضح للتأري
كيفية ارتباط علمنا بهذا بوجه خاص بذواتنا وتجربتنا
الشخصية .

ويمكن أن أرجع هذه الطريقة العلاجية قيد البحث إلى
ثلاث مصادر أساسية :

١ - خبرة « شخصية » مماثلة .

٢ - خبرة مهنية طويلة في العلاج النفسي .

٣ - بعض القراءات في الموضوع .

أولاً : الخبرة الشخصية :

وقد بدأت التجربة بداية شخصية تماماً حين أردت مع صديق عزيز عليّ جداً أن نرتقى بلقاءاتنا الخاصة من مرحلة « الائتناس وقتل الوقت » (أو ما يسميه إريك بيرن « لعبة الثروة ») إلى مرحلة المساعدة الجادة لبعضنا البعض .. ، وكانت لدينا الشجاعة حينذاك أن نلتقط الخيط من بعض معاناتنا .. ومشاركة زوجاتنا .. ، وبديهي أنه في مثل هذا الموقف تبدأ المجموعة المسماة « المجموعة بلا قائد » Leaderless Group لخرج اختيار قائد من بيننا .. حتى أني أذكر أننا ضمينا القائد - الغائب الحاضر - حينذاك اسماً مزيماً ، إشارة إلى أنه ضمير مستتر تقديره «س» .. ، وكان

ذلك في عام ١٩٧١ ، وتصادف أن ذلك كله قد حدث عقب
خبرة الحدرس العلمى الذى أشرت إليه فى كتابى « حيرة
طبيب نفسى » ، والذى فزعت فيه إلى صديق هذا
(ولم أجده ، ثم إلى زوجتى إلخ مما ورد فى كتابى حيرة
طبيب نفسى) ، والذى صاحبه ظهور لفظة ملحمة
إلى أن أجد من يقبلنى ويصبر على فكرى الجديد ، وأذكر
أن هذه المجموعة الصغيرة قد أدت هذا الدور بنجاح شريف ،
وطمأننى — ولو بطريق غير مباشر — أنى لست وحدى ،
وأن حدسى هذا ليس بعيداً عن الواقع تماماً ، وتطور الموقف
بعد ذلك تطوراً شجاعاً وخطيراً فى نفس الوقت ... وقابلنا
من المضاعفات. إذ نواجه داخلنا ما قابلنا حتى انتبهنا بأمانة
مفد ذلك الحين إلى أن جرعة الرؤية دائماً ، ومهما كانت
نوعية الغامض، هى أكبر من احتمال الواقع المرحلى .. وتحملنا
المصاعب فى صبر وشجاعة وتصميم ، ونبع دور القائد تلقائياً
من واقع ديناميات المجموعة ، فكنتُ هذا القائد .. فزادت

الأمور تعقيداً ... ثم مرتت بسلام نسبي رغم كل شيء ..
وتوقفت المحاولة ..

وهنا أقف وقفة واضحة مع القارىء ومع نفسى
لأكرر أنى لن أخرج إلى هذه التجارب الخاصة فى هذه
التجربة وما يليها بالتفصيل .. لأنها لا تخصنى وحدى ،
وأفرادها لهم عندى مكانة الاحترام والحب والامتنان بحيث
لا أسمح لنفسى بأن أعرض بالحكم على أى منهم لأى سبب
كان ، أما بالنسبة لشخصى فالأمر له وجهان :

الأول : أنه لا يمكن أن أتكلم عن شخصى دون أن
أتكلم عن هؤلاء الأصدقاء والأحباب ، لأنى لم أدرس بالتجربة
وحيداً فى الصحراء ، أو فى حجرة مغلقة . والثانى : أن مارأيت
فى نفسى ولنفسى أكبر من استيعاب أى قارىء أحاول أن
أحقق معه لغة مشتركة ، الأمر الذى جعلنى أشك فى أى
سيرة ذاتية ، إذ أنها لا يمكن أن تعرض حتى الجزء المتاح
لصاحبها .. وقد فهمت من خلال ذلك معنى أن «علوم المكاشفة»

لم يصرح لهم (بعض الصوفية مثل إمامنا الغزالي) بالحديث عنها ، فواقع الأمر من خلال خبرتي هذه (وهي ليست صوفية بالمعنى المباشر حتى لا تختلط الأمور .. ولكنها علاجية علمية مباشرة) أن المكاشفة — كما عرفتها — لا تعنى الكشف الصوفي فحسب ، ولكنها قد تعنى اكتشاف النفس أيضاً .. وقبلاً ، ولعلهما أمر واحد في النهاية ، فمن عرف نفسه فقد عرف الله ، وهي لم يصرح لهم بالحديث عنها .. لأنها لا يمكن الحديث عنها من خلال لغة مشتركة ، وبالتالي فبدون مثل هذه اللغة المشتركة .. فلا قيمة للحديث ولا للكتابة .. ولا للوصف ، ويراودني احتجاج داخلي بأنه لو « ذهبت » قبل أن أحكيها فإنني خائن لأمانة أئتملت .. هي أمانة ما أتيح لي من فرصة المعرفة الأعمق .. ، لأن الحقيقة ليست ملكاً لرائيها ، إلا إن كان منعزلاً غير مسئول .. وأعود في صبر لأقرر أن أكتبها ولا أنشرها أبداً في حياتي وحياتهم ، ولأتركها للتاريخ في مكان أمين ، فإذا ذهبت

شخصوها بعد ربح من الزمن ، وإذا وجدها من يمكنه أن يستفيد منها أو يفيد بها .. فهي له .. وقما ظهر ، أينما كان ، ولعل الوقت يسمح بأن تكون اللغة السائدة حينذاك قد اقتربت منها فأصبحت المشاركة ممكنة .

ثم أرجع بعد هذا الاستطراد إلى تطور نشأة هذا النوع من العلاج من خلال التجربة الشخصية ، حين حضر صديق قديم بعد ذلك عائداً من أمريكا — هو الأستاذ الدكتور محمد شعلان — محملاً بكل العلم الذى حاول اكتسابه ، والتجارب التى حاول خوضها ، والشوق إلى البحث فى داخله أكثر من البحث فى خارجه ، وقد عاد بناء على رغبته وإلحاحى معاً ، وبدأت تجاربه فى عناده الهادى فى ممارسة العلاج الجمعى فى القصر العينى .. وقوبل بالمقاومة المتوقعة ، وحضرت منه بضعة مرات .. وقارنت بين ما يفعله وما مررت به من خبرة شخصية ، والتقت احتياجاناً ببعضنا البعض ، ثم اتسعت الدائرة لتشمل شركاء التجربة الأولى ، ولتمتد إلى بعض الأصدقاء

من الناشئين في مهنتنا وغيرهم . . لتتكون « مجموعة خاصة »
 تماماً ، نمتشى من خضلاها على الصراط ، تقع مراراً ونقوم
 أحياناً . . نخوض النار ونلمح الجنة . . وتنتهى هذه التجربة
 بكل ما لها وما عليها لتختفى في دائرة المحذور الذى أشرت إليه
 في الفقرة السابقة . . والأسباب التى عدّتها . . ولكن هذه
 التجربة الثانية لا تنتهى مثل سابقتها في أمان وسلاسة . .
 إذ تترك في النفوس بعض التأويلات ، وفي الخارج بعض
 المضاعفات التى أعتقد أنها ما زالت تؤثر على طبيعتها وتحدد من
 إمكان الاستفادة منها حتى الفخاع عند بعض أفراد منا على
 الأقل ، وأكتفى بهذا القدر من التلميح عن التجارب
 الشخصية ، ولكنى أقف وقفة واضحة حتى لا أدع لخيال
 القارئ أن يتصور ما ليس بحقيقة ؛ فأقول إن كل ما أشرت
 إليه من مضاعفات وآلام وخبرات ومنافع — من وجهة
 نظرى على الأقل — ليس فيه سرّ يشين ، ولا هو بعيد عن
 التجارب العلمية الصادقة في أى موقع علمى في العالم المعاصر ،

ولولا احترامى للمشاركين فيها ، واعترافى بالجميل والامتنان لهم ، وبالتالى ضرورة استئذانهم ، لكان فى وصف هذه التجارب شرف أى شرف لكل من ساهم فيها مهما انتهى إليه اختياره * .

ثم أعود لأؤكد هذه الحقيقة وهى أنه : « لولا هاتين تجربتين الشخصيتين المتلاحقتين اللتين خضتهما بكل ما حملت من رغبة فى المعرفة ، وإصرار على المخاطرة واحتياج شخصى لما أمكن أن تكون نعمة « طريقة جديدة » فى العلاج الجمعى ، ولما أمكن أن يتم هذا البحث فى « اتجاه مصرى » .. الخ .. »

* لما ألح على التساؤل حول أن أكتب عن كل ذلك أولاً أكتب .. خضعت لحمل وسط .. إذ استوحيت مما مر بهى رواية طويلة .. ليست هى ما حدث بحال ، ولا يمكن أن تنقله بذاته .. ولكنها أيضاً من وحي ما كان .. وهى « المعنى على الصراط : من جزئين » وقد أسميتها رواية علمية ، كما كان ديوانى « أغوار النفس : بالعمامة المصرية » هو أيضاً من وحي هذه التجارب لذاتية .

وهكذا أخلص من هذه النقطة إلى القول بأن الخبرة

الشخصية والتكوين الشخصى والمخاطرة الشخصية لهم أبلغ

الأثر فى انتقاء نوع العلاج الذى يمارسه هذا المعالج دون سواه،

وفى تحديد هدفه ووسيلته جميعاً .

ثانياً : الخبرة الطويلة فى العلاج النفسى :

أما البعد الثانى الذى ينبغى أن أشير إليه فى وصف نشأة

هذا العلاج قيد البحث فهو ما سبقه من ممارسات علاجية ،

فقد ظلت منذ اختياري هذه المهنة أقرنها مباشرة بالعلاج

النفسى ، لأنه بدون العلاج النفسى لا ينبغى أن نتكلم عن

الطب النفسى ، والعلاج النفسى (الذى هو تغيير سلوك المريض

إلى أحسن من خلال علاقة نفسية بينه وبين المعالج) هو

فى عمقه صراع بيولوجى بين نشاط مخ الإنسان ذى خبرة ونشاط

مخ الإنسان فى محبة ، وبالتالى فإن كل ما يتعلق بنشاط المخ

من كيمياء وكهرباء وبيئة محيطه هو داخل ضمن العلاج

النفسي لا مجاله .. ، أقول إذاً أنه بدون هذا المفهوم الأشمل للعلاج النفسي ، كان لزاماً عليّ أن أبحث عن مهنة أخرى ، أو على الأقل أن أدرج نشاطي المهني تحت لافتة أخرى .

وقد مارست العلاج النفسي الفردي طوال ستة عشر عاماً (منذ ١٩٥٨ وحتى ١٩٧٦) ، وكنت أتبع فيه كل ما علمته وقرأته وسمعت عنه .. بالإضافة إلى التجربة والخطأ ، وما علمني إياه المرضى أساتذتي العظام .. وكنت — بداهة — أشعر بالنقص وأتصور أنه كان لزاماً عليّ أن أتبع طريق التلمذة والتحليل التدريجي في الخارج ... الأمر الذي لم يتح لي فعلاً وواقعاً ، وكنت أرجع فشلي مع بعض الحالات أحياناً إلى نقص خبرتي التي يعينني عليها قراءاتي الخفيفة ومشاربتي الطويلة (التي وصلت إلى سبع ساعات متصلة يومياً في هذا النوع من العلاج خاصة) .. ولكن في النهاية .. كانت المحاولات ذاتية في المقام الأول .. ، إلا أنني كنت أصير نفسي أن فرويد ذات نفسه قد خاض هذه المحاولة ابتداءً من واقع نفسه وتجاربه دون تديب

سابق وأناى أسلك نفس السبيل بميزة إضافية وهى أن التجارب الأخرى مكتوبة فى متناول يدى ، وقد أفادنى هذا الشعور بالقصص - بقدر ما عوقفتى - فكان دائماً يمنع غرورى ، ويحد من غلوائى ، ويهدئ خطوتى...، وحين كان يعود أى من أتيحت له فرصة التدريب فى الخارج ، أو حين كنت أناقش أستاذى الدكتور عسكر (وهو قد تدرب أيضاً فى الخارج) كنت إزداد ثقة بما أفعل ، وحين سافرت فى مهمتى العلمية إلى باريس وشاهدت بعض جلسات العلاج النفسى عبر الدوائر التليفزيونية (الأستاذ ليبوفيسى ، ودياد كين) تيقنت أنى على الطريق السليم.. وأن الوعى والمثابرة والمسئولية والتعلم من الخبرة السابقة هى الأئسس الضرورية لتنمية المعالج النفسى ، وقد أفادتنى هذه الخبرة الطويلة فى الصلاص النفسى الفردى - فى بيئتنا هذه - فى عدة أمور :

أولاً : أنى جربت كل الطرق المعروفة تقريباً من أول

الاستلقاء على الحشية والتداعى الحر إلى المواجهة وجهاً لوجه
والعلاج التفسيري المباشر والمنطقي .

ثانياً : أنى مارست هذا العلاج مع كل أنواع الحالات
من أول المستيريا التحولية التى ينتهى الإيحاء فيها فى جلسة
أو اثنتين ليبدأ بعد ذلك علاج أعمق ، أو لا يبدأ .. ، إلى
العلاج المكثف للفصام الذى استمرت إحدى حالاته معى
ثلاثة عشر سنة تماماً كنت أرى صاحبها فيها كل يوم تقريباً ..
وأغوص معه إلى أعماق طبقات الوجود .

ثالثاً : أن طول ممارستى لهذا العلاج مع ندرة سفرى
وندره انقطاعى عن العمل ، أتاح لى فرصة التبع الطويل للحالات
المستمرة فيه ، وكذا للحالات التى انقطعت عنه .

وقد خلصت من تجربتى الطويلة هذه إلى أن هذا العلاج
هادف وضرورى لتكوين المعالج النفسى ، وأنه لا غنى عنه ،
بل - وقد قررت ذلك بعد أن مارست العلاج الجمعى - أنه مرحلة
لازمة لكل معالج قبل أن يتفرغ للعلاج الجمعى ، كما خرجت

أيضاً من الخبرة الطويلة مع الذهانيين عامة والنصاميين خاصة،
والصديق النصامى (صاحبى فى الثلاثة عشر سنة سألته الذكر)
بوجه أشد خصوصية.. خرجت من كل هذا بمعرفة عن أعماق
النفس الإنسانية فى أزمة وجودها ، بما هيا لى فيما بعد أن
أمارس العلاج الجمعى فى سهولة أكبر وتقييم أعمق من خلال
معرفة أغوار النفس حتى سر الجنون.

ولكنى لم أكن قادراً على تقييم حقيقة نتائج العلاج
الفردى، وخاصة تلك التى استمرت عدة سنوات، فقد نصورت
حينذاك أنى توصلت مع المريض - منهم - إلى درجات رائعة
من الوعى والصحة والتوازن ، ولكنى تعلمت فيما بعد -
من خلال هؤلاء الأفراد الذين انتقلوا معى من العلاج الفردى
إلى العلاج الجمعى أننا كنا فى خدعة لفظية اغترابية سطحية
فى أغلب الأحيان، وقد قام العلاج الجمعى فى هذا بعمل بوتقة
الاختبار الموضوعة على النار والتى تضع فيها المعدن المراد
تقييمه فإما أن يزداد صلابة لأصله أو أن يتفحم ويتناثر ،

وللأسف فإن كثيراً من « أتم » علاجه الفردى لم يحتمل اختبار المواجهة فى العلاج الجمعى ، حتى عدلت عن قياسهم بهذا المقياس تماماً .. إلا إذا دعت الضرورة ..

والحق أقول أن هذه الخبرة كانت صدمة لى، تكاد تصرخ فى وجهى: « إذا .. ماذا كنت تعمل طوال هذه السنوات ؟ » ، وامتد اختبار البوثقة (العلاج الجمعى) ليكشف حقيقة توازن من حضر علاجاً فردياً حتى عدد غيرى من الزملاء لمدد طويلة ، بل لى لا أذيع سرّاً إذا قلت أن بعض المعالجين الفرديين لم يتحمل رؤية ما يجرى فضلاً عن المشاركة فيه ، وكان كل هذا الانزعاج والحرب دليلاً على الطبيعة المختلفة للعلاج الجمعى وعلى درجة عمقه معاً ، بل إن الانزعاج والحرب كانا أكبر فى أولئك المرضى الذين كانت لهم خبرة سابقة فى العلاج الفردى عنه فى أولئك الذين يدخلون إلى العلاج الجمعى مباشرة ، وكان العلاج الفردى — بشكل أو بآخر — قد يبعد الفرد

من نفسه أكثر مما تفعل الحياة العادية . . . ولكنى لم أتماد
في هذا التصور ، لأن الحالات التى دخلت اختبار البوتقة
قليلة ، ومشكوك فى صلابتها ابتداء ، ولم يدفعنى كل هذا إلى
أن أفقد الثقة تماماً بالعلاج الفردى لصالح العلاج الجمعى ، بل
تيقنت أنهما علاجان مختلفان . . . وأنه لكل دور ، وقد
خطر ببالى أن هذه المدة التى قضيتها فى العلاج الفردى قبل أن
أواجه حقيقة وحقيقتى وهى حوالى الخمسة عشر عاماً ، هى قريبة
من المدة التى سمحت لأى جديد بالظهور فى مجالنا هذا وخاصة
من بدأ حياته بممارسة التحليل النفسى على نفسه وآخرين
(راجع توقيت ظهور النظريات الجديدة لكل من
كارين هورنى ، وهارى ستاك سوليفان ، وإريك فروم . .
وكلها ظهرت بعد حوالى ١٨ عاماً من بداية تدريبهم وعلاجهم
التحليلى وحتى بيرلز — مؤسس مدرسة العلاج الجشتالتى —
أمضى نفس المدة فى هذا السبيل قبل أن يطلق لثورته العنان)
وكان هذه السنين الطويلة ضرورة كحد أدنى يسمح بالتطور

من واقع الممارسة ، وليس التغيير المجرد رغبة في اختصار الطريق
خوفاً من الممارسة .

خلاصة القول أن هذه الفترة التي قضيتها أمارس العلاج
الفردى كانت ثروة حقيقية أدت ثلاث وظائف على الأقل .
الأولى : معرفتى للنفس الإنسانية فى أعماق مستويات
مأساة وجودها وخاصة من خلال علاج الفصامين .

الثانية : إيمانى بضرورة هذا العلاج كمرحلة وكبديل
يحتاجه الكثيرون (بعكس يبرز الذى اعتبره غير ذى موضوع
حتى وصف العداءى الحر بالتفاثر الفصامى)

والثالثة : فشلى فى الاستمرار فيه — شخصياً — وتطورى
من خلاله إلى هذا العلاج الجمعى موضوع البحث .

أما بداية ممارستى المهنية للعلاج الجمعى فقد واكبت
تجارى الشخصية سالفة الذكر كما واكبت بعض بقايا

حالات العلاج الفردى وكانت التجارب الأولى للعلاج
الجمعي ذات ثلاث أنواع :

الأولى : بالمشاركة فى (وأحياناً قيادة) جلسات
جماعية فى مستشفى دار المقطم للصحة النفسية حيث يحضر عدد
يتراوح بين ١٥ ، ٢٠ فرداً ، وبين ٥ إلى ثمانية من هيئة العلاج
والتدريين ، وهو يجرى يومياً وكنت أحضره مرة أسبوعياً ،
وكان النقاش عقب كل جلسة مثرياً ومفسراً ونافعاً لى
والتدريين معاً ، ولكنه كان ذا طبيعة موقوتة يتواجد
للريض فى المستشفى ، وبالرغم من ذلك فإن نتائجها كانت مشجعة
وأحياناً رائعة .

الثانية : بعض المحاولات السابقة لهذه المحاولة قيد البحث ،
فى عيادتى الخاصة والتى كانت أساساً ليست إلا تجميعاً
لأفراد كانوا يحضرون معى العلاج الفردى مع بعض المقربين ،
والتي أشرت إلى أن أغلبهم لم يتموا جرعة العمق التى يحتملها
العلاج الجمعى بالمقارنة بالعلاج الفردى .

الثالثة : محاولة أصيلة لبعض المتطوعين (ليسو مرضى . .
 أو لم يعلتوا مرضهم) من طلبة كلية طب القصر العيني ،
 وأغلبهم ذور ميول يسارية أو ثورية أو شبه ثورية ، وكانت
 هذه الخبرة علنية ، يأتي ليشاهدنا من يشاء من الطلبة والأطباء
 حيث تجزى في العيادة الخارجية للقصر العيني ، وقد أفادتني
 هذه المحاولة إلى أحشائي ، إذ كانت تحمل من التحدى والعمق
 ما كان يخرجني ويضطرني إلى اكتشاف طبقات أعمق في
 نفسي ، أكثر من العلاقة مع المرضى الذين « يدفعون » في عيادة
 خاصة ، . . وقد استمرت هذه المحاولة ما يقارب العام الدراسي
 تعلمت فيها عن نفسي وعن الحرب في الميادى^١ ما كان يصعب
 على أن أتعلمه من غيرها .^١

ثالثاً : أما المصدر الثالث الذى اكتملت به هذه
 الطريقة ، فهو بعض القراءات القليلة حول الموضوع وأهمها
 كتاب العلاج الجمعى لإريك بيرن ، وبعض مقالات عن علاج
 الجشئات جمعها « فاجان » ، والحق أقول أن دور الممارسة كان

له نصيب الأسد في نشأة هذه الطريقة قيد البحث ، وحتى
اكتشافي لمبدأ « هنا والآن » كان قد تم قبل أن أقراء
وذلك من خلال مصادفة في العلاج الفردي بطريقة قريبة من
« التجربة والخطأ » حين أراد أحد المرضى أن يهديني رمزاً
من الرخام على أحد وجهيه اسمي (كما هي العادة) ثم طلب
منى أن أقترح عليه الحكمة التي يكتبها على الوجه الآخر كما
اعتاد الناس (مثل « الصبر » أو « الحلم سيد الأخلاق » .. الخ)
فقلت له ما رأيك أن نكتب الحكمة التي انتهينا إليها معاً بعد
طول صحبتنا ؟ واتفقنا على أن نكتب على الوجه الآخر هذه
الإشارات .

أنا ، هنا ، الآن
كنت ، سوف ، ثم

وبقيت هذه الرخامة منذ ذلك الحين على مكنتي ، حتى
أن صديقاً لي حين عاد من الخارج ووجد هذه اللافتة على

مكنني سألني « هل أنت جشع؟ » ؟ وقلت له بقليل من الحرج
 « ما ذا تعني ؟ » ، وشرح لي في إيجاز مازح كيف أن هناك
 مدرسة تسمى العلاج الجشع التي تركز على الـ « هنا .. والآن »
 والـ « أنا .. أنت » مثلما تشير اللوحة ... الخ ، وقد أوردت هذه
 الحادثة لأؤكد على درر الممارسة ، ولأعيد إعلان طريقتي الخاصة
 في اكتساب المعرفة ، وهي نفس الطريقة التي أشرت لها في
 « حيرة طبيب نفسي » حيث اعتبرت نفسي بالنسبة لما أقرأ ممن
 يعانون من ظاهرة القراءة السابقة Doga Lu إن صح التعبير ،
 لأنني — في فرعي هذا — أقرأ غالباً ما عرفته فعلاً من خلال
 الممارسة . . . ، الأمر الذي يمكن أن أعده تقصيراً في بعض
 الأحيان .

ولكنني أوردت هذا التسلسل عن (١) التمهيد بالممارسة
 الذاتية ثم (٢) طول الممارسة المهنية في العلاج الفردي ثم (٣)
 الجمعي ، وأخيراً (٤) القراءة المحددة المعالم ، لأشرح كيف ينعج

لنا هذا الترتيب على هذه الطريقة أن يسمى هذا الاتجاه باسم
« اتجاه مصرى » .

خلاصة القول أن هذه الطريقة هى بالضرورة ، وبطبيعة
تطورها طريقة مصرية . . وأصيلة لارتباطها بالبيئة وبالمعالج
ارتباطاً مباشراً .

ثالثاً : طريقة البحث وصعوباتها

حين تخطينا المرحلة الأولى — وهى اختيار الموضوع بعد
مقاومة المشرف وإصرار الباحث — واجهنا مباشرة ،
وبداهة ، ضرورة تحديد الطريقة العملية التى سنقوم فيها
بإجراء البحث ، وأجد من المفيد هنا أن أذكر مراحل
التفكير التى مررنا بها أولاً حتى أعرض للقازى — وللباحث
المبتدى — كيف تتسلسل الأمور فى صعوبة مرهقة قبل أن
يستقر الباحث على وسيلة المفضلة : وثانياً — حتى أفتح
أبواب طرق بديلة للطريقة التى اتبعناها ، لنواصل البحث

بها . . أو ليقوم غيرنا بتطويرها لسد النقص الذى سيظهر فى
طريقتنا الحالية ، وقد بدأ تفكيرنا بالطريقة التقليدية لتقييم
ما يجرى فى هذا النوع من العلاج بالاعتماد على رأى المرضى
والمترددين فى التقييم وتحديد طبيعة العلاج وتفسير كيفية التغير
من خلاله وأعدنا لذلك استباراً « محدد الأسئلة ،
حر الإجابة » ، بحيث يسمح للمجيب أن تكون إجابته فى
كلمة واحدة ، أو سطر أو عدة صفحات على نفس السؤال ،
وقد رنا أن يكون البحث مقارناً بين مجموعة ممن استمروا
فى العلاج ومجموعة أخرى ممن انقطعوا عنه . . وقد ملأ فعلا
هذه الكراسات عدد يزيد عن عشرين فرداً ، وكانت
إجاباتهم ثرية وعميقة وشديدة الإثارة والفائدة . . إلا أن
الحصول على من انقطعوا عن العلاج كان صعباً . . وحتم إلى
الإجابة بنفس الحساس كان مشكلاً ، وكدنا نقع - من خلال
الخوف - فى شرك مقارنة ما لا يقارن . . اللهم إلا إذا كان
الهدف مشتركاً بمعنى تصنيف المقارنين فى نفس الوقت الذى

يجرى فيه تصنيف العلاج ، ولما كان البحث بطبيعته محدد للدة (للحصول على إجازة دراسية لها تاريخ محدد) فقد دفعنا هذا إلى المباشرة وخوض التجربة في الحال ... بعرض مايجرى في عدة جلسات علاجية متلاحقة ، ومحاولة تفسير العملية العلاجية ذاتها « ديناميا » ، وبدأنا في أول الأمر نعتمد على الباحث نفسه ، وإلى درجة أقل على زملاء له يحضرون المجموعة ، وتعرض الجميع إلى هجوم المجموعة المباشر ، وشاركهم في تلقى هذا الهجوم المعالج نفسه ، ورحب الجميع بهذه المعارضة التي وصلت لدرجة الرفض والعدوان حتى استقر الأمر من خلال الحوار الخلاق ، وتعود أفراد المجموعة على طبيعة العمل الجارى ورضوا بهذا البحث في مسيرة المجموعة باعتباره جزءاً مكملًا لطبيعة أهداف المجموعة في نوعية التواجد في الحياة ، وهذا في ذاته هو أول إعلان لطبيعة المجموعة وطبيعة العامل المشترك بين أفرادها ، ولا أستبق الأحداث حين أقول إنه « ارتباط النفع العام بالنفع الخاص ارتباطاً عضوياً ومباشراً » .

ويبدأ التسجيل ؛ واعتمدنا هادئ ذي بدء على الذاكرة
 لشاهدين معاً ، ولكن هذه الطريقة لم تعطينا سوى صفحات
 معدودة وإن كانت تحوى التفاعلات الهامة ، والانتقالات
 ذات الدلالة ، والاستجابات المميزة ، إلا أننا أحسنا أن
 الصورة ليست كافية . فانتقلنا إلى مرحلة التسجيل
 الصوتي ، الذى أعطانا مادة أثرى وأدق ، أخذنا منه
 ما انتيقنا من عينات للحوار بنص ألفاظه ولجأنا
 فى الجلسة الأخيرة — الثالثة عشر — إلى محاولة من نوع
 خاص وهى أن يقوم الباحث بتفريغ الجلسة كلها ،
 ثم يعطيها للمعالج ويطلب منه تعليقا مكتوباً على أحداثها
 أولاً بأول ، فإذا بالتفريغ يقع فى حوالى مائة صفحة ، وإذا
 بتعليقى يصل إلى ضعف محتوى التفريغ ، وكان على الباحث
 بعد ذلك أن يناقش الاثنين معاً « التفريغ والتفسير » ويزبطهما
 بالمدارس المعاصرة ، وقد فعل هذا على قدر جهده ،

وإذا بنا أمام بحث كامل قائم بذاته ، مادته جلسة علاجية

واحدة ١١١

وقد أوردت هذه التفاصيل لأوضح نقطة أخرى ، وهي
تدرج مستويات البحث من جهة ، وصعوبة ادعاء الالتزام
الموضوعي من جهة أخرى ، وملاحظتي على أنه سواء كان
التسجيل من الذاكرة ، أم عيقات من التسجيل الصوتي ، أم
التسجيل الصوتي الكامل ، فإنني لاحظت أن اتجاه الباحث
ومناقشاته وتساؤلاته وتعليقاته كانت متقاربة ، وكان العامل
المشارك الفعلي هو الباحث نفسه وفروضه العاملة ، مما يؤكد
ما ذهبت إليه أول الأمر من أن أداة البحث هي الباحث
نفسه في أغلب الأحيان .

وعلى من يتصور أن التسجيل « بالذاكرة » هو طريقة
ناقصة أن يتذكر أن الممارسة الاكلينيكية كلها تعتمد على
التسجيل بالذاكرة أساساً ، وأن هذا التسجيل التلقائي هو

الذى ينمى الحدس الاكلينيكي للممارس باستمرار ، سواء وصل هذا التسجيل إلى شعوره أو ظل يساهم في تكوينه المهنى لا شعوريا ، فإذا أردنا أن نضع مثل هذا البحث الذى يبين أيدينا فى مكانه الطبيعى فهو إضافة منظمة إلى الممارسة الاكلينيكية الجارية فعلا تلقائيا . . بما يحدد بعض معالمها ، ويؤكد أو ينقى بعض تصوراتها ، وبالتالى فإن مناقشة معلومة واحدة من جلسة واحدة قد تؤدى هذا الغرض وتعود بالفائدة على المهتمين بالأمر من المشتغلين بالعلاج النفسى ، كما أن محاولة تحليل كل كلمة قيلت ، فضلا عن كل همسة ، وكل لفظة ، وكل صمت ، تفيد جميعها فى نفس الاتجاه ولنفس الهدف .

ولهذا فوظيفة البحث العلمى فى هذا المجال هو « أمانة التسجيل بقدر الإمكان » من موقف شخصى ، لأن غير ذلك مستحيل كما سيرد ، ثم التفسير بقدر المتاح من ترابط المعلومات ، وبالتالى إتاحة الفرصة — من خلال هذا وذاك —

للممارس لتعميق رؤيته وإعادة النظر فيما يأتى وما يذر ، أما البعد الثالث الذى أشار إليه الباحث وهو التفهم الدينامى للاضطرابات والأمراض النفسية (ومن قبل ومن بعد : ديناميات الشخصية) فهو يبدأ أيضاً بالتسجيل فالتفسير فالتنظير ، وقد أتاح لنا هذا البحث فى إضافة رؤية شاملة لهذا الجانب على أى حال . . .

ولنا هنا وقفة لازمة لتوضيح هذه الصعوبة المشتركة فى مثل هذا النوع من الدراسات والأبحاث ، فعلى كثرة ما كتب عن العلاج النفسى ، فإن تسجيل ما يدور فعلاً بكل التفاصيل لم يرد أبداً (ونستطيع أن نقول أبداً ، حتى بالنسبة للكتب التى كتبت عن حالة واحدة Case book) ومع ذلك فإن ما كتب عن العلاج النفسى يصل إلى آلاف المجلدات دون حرج فى أن التسجيل التفصيلى غير وارد ، مكتفين بتسجيل « عينات دالة » ، ولو كان هذا التسجيل الجزئى (العينات) مرفوض ؛ لتعرض النشر فى العلاج النفسى لمحنة

شديدة تهدد بتوقف صدور أى كتابة عنه . . ذلك لأن أمام هذه الأمانى التسجيلية صعوبات واستحالات عديدة نورد بعضها هنا كأمثلة توضيحية :

١ — الاستحالة العملية : لأن تسجيل حالة واحدة فى

علاج تحليلى نفسى طويل قد يحتاج إلى عشرات المجلدات ، لأن تفرغ ساعة واحدة من التصدايح الحر ، قد يلزمه بضع وعشرين صفحة ، فإذا كان متوسط الجلسات فى العام ما بين مائة جلسة وثلاثمائة ، وكانت مدة العلاج من سنتين إلى خمسة فلفنارى أن يتصور حجم « المادة الخام » التى سيبدأ منها تقييمه وتفسيره وتنظيره . . ذلك التقييم الذى يبلغ بدوره حجما مماثلا على الأقل إن أراد الباحث الإتيان !!

٢ — الاستحالة التسجيلية الفنية : حيث إن غاية ما يمكن

تسجيله هو التسجيل الصوتى ، وفى أحوال نادرة : التسجيل الصورى الصوتى معا، وهذا وذاك يحتاجان إلى « تكنيك » فنى

خاص أقل ما فيه أن يستطيع تكثيف وجهته للعلاج والمريض
معاً في آن واحد (ثم تكثيف عدد أكبر من المرضى) . .
وهذا يستدعى أن يتم العلاج في استديو كامل المعدات ١١١

ثم تأتي بعد ذلك الصعوبة في إعادة العرض بالتفصيل على
الحكم (الموضوعي) (١١١) ثم استعادة العرض .. فإذا انتهينا
إلى أخذ عينات من التسجيل رجعنا إلى التساؤل «أى عينة»
أخذت ، وأى عينة تركت ؟ ولماذا ؟ .. ومن أنت الذى
أخذت ما أخذت ، وكيف سمحت لنفسك بترك ما تركت ،
وأصبحت المسائل اتهام و «نيابة» وشكوك ودفاع .. لتتوقف
مسيرة العالم الباحث عن الحقيقة بكل وسيلة بما في ذلك وسائل
الممارسة البشرية المباشرة .

٣ — الاستعالة المهنية : ذلك أن التسجيل التفصيلي
لا يمكن أن يتم دون أن يؤثر على طبيعة العلاج وتطور
المريض والعلاج معاً ، بما يشوه ما يجرى حقيقة وفعلاً ، إذ قد

يعوق التلقائية والسلاسة اللازمتين لنقل « عينة » أمينة
ناهيك عن نقل « كل » ما يجري ..

٤ — الاعتبارات الأخلاقية : ومهاقيل في درجة السماح
الذى سيسمح بها المريض والمعالج معاً — من أجل خاطر
عيون البحث العلمى — فإن مادة البحث لابد وأن تتأثر
إذ نتردد إلى أعماق درجات الوجود البشرى ، حين
تصطدم بالجانب الآخر البشم من تواجدنا بما فيه من قتل
وجنس ومحرمات وشذوذ .. إلى آخر هذا التاريخ الزاخر ..،
فإذا تصورنا أن مريضاً ما قد سمح لنا بالاطلاع على كل هذا
المحتوى ، فلا يد من إعادة النظر في طبيعته وتكوينه الذان سمحا
له بهذا السماح ، وهى خبرة من القدرة (سواء كان الدافع إسهاماً
إيجابياً للعلم ، أو استعراضاً سلبياً للظهور) بحيث يصعب
تعميم النتائج المستقاة من مثل هذه العينة .

أما النوع الأغلب الذى لن يسمح لنا بالوصول إلى هذا
العمق وتسجيله ، فهو يعلن بذلك ضمناً أن بحثنا ناقص لا محالة...

٥ — الاعتبارات الذاتية عند المعالج : إذا أردنا أن

يكون التسجيل شاهد صدق على ما يجري فلا بد أن يكون
المريض والمعالج معاً ، ثم للظاهر والباطن معاً ، وكما أن الباطن
عند المريض بعيد المنال إلا من خلال المادة المتاحة أثناء العلاج ،

فإن الباطن عند المعالج صعب المنال ولكنه ضروري
لمعرفة التفاعلات الاستجابية لما يجري أولاً بأول ، وهذا
أمر يعرى المعالج - إن صدق - لدرجة قد لا يسمح بها كل
معالج ، وقد لا يدركها أى معالج . ، ولا يقدر عليها أغلبهم

مخلص من كل ذلك : إلى أن ما نقرؤه في مئات المراجع

التي بين أيدينا عن العلاج النفسى وأنواعه ، ليس إلا
وجهة نظر شخصية ، ذات بعد موضوعى بقدر موضوعية

صاحبها ، وذات فائدة عملية بقدر إمكانية تطبيقها ، وهى تعتمد

على عينات منتقاه ، تؤكد أو تنفى وجهة النظر هذه .

وما دمنا أمام ظاهرة إنسانية علمية مهنية بهذه الدرجة

من الصعوبة ، وفي نفس الوقت هي تتناول أخطر وأعمق
معالم وجودنا ، فنحن لانملك أن نتخلى عن مسئوليتنا فنحجم
عن الخوض فيها لمجرد أن الحواجز دون الوصول إلى حقيقتها
كثيرة وشائكة ، ولكن علينا في نفس الوقت ألا نبالغ في
تصور موضوعية عملنا لأننا في النهاية أمام عينة محدودة قابلة
للتعميم بقدر نسبي دائماً .

وإني لأؤكد الملح على وجوه بعض السلوكيين والطرائقيين
شمانة وفرحة بإعلاني هذا النقص البادي في هذه الطريقة
البحثية ، وكان الجزء الظاهري المحدود الذي نحصل عليه
بوسائلهم هو البديل الأمثل لهذا العجز الذي أعلنه بشجاعة ،
وهنا أقول لا .. وألف مرة لا .. لأن الصعوبة ليس بديلها
الاستسهال ، ولأن الحقيقة ليست هي « ما يمكن الحصول
عليه » ولكنها ماهيتها .. سواء أدركناها أم ظللنا نسعى دائماً
لإدراكها ، وأنا لا أقول هنا بتواجد مزدوج للأشياء مثل

« كانت » حين تحدث عن الظاهر (الفنومين) والجوهر (النومين) وزعم أن الأخير غير قابل للتعرف عليه فوق في قبضة هيجل ! حين واجهنا بتساؤله : إذا كان هذا النومين بعيداً عن إمكان معرفتنا ، فلماذا الحديث عنه أصلاً وكيف يمكن افتراضه ؟ لا .. أنا لا أقول أن هناك حقيقة بعيدة عن المعرفة (بل العكس هو الصحيح إذ أن هناك معرفة بعيدة عن الحقيقة) ولكنى أعلن من خلال تحديد الصعوبات وتقدير العجز :

أولاً : أن السلوك الانساني شديد التعقيد .

ثانياً : أن الوسائل المتاحة لتسجيله لا تتعدى الظاهر ، وحتى الاستنباط لا يتعدى القدر متاح للشعور .

ثالثاً : أن هذا التعقيد وهذه الصعوبة لا ترفع عنا مسئولية — وضرورة — البحث فيه ، ومحاولة سبر أغواره .

رابعاً : أن تصور وسيلة ما لا يمنعنا من أخذ معطياتها

ماقدر الممكن ، وأن أهمية معطيات وسيلة البحث لا تقاس بالسهولة التي نحصل بها على المعلومات ، ولكن بالأمانة الموضوعية عند الباحث التي يبذلها في محاولته ، والتي تظهر وتقاس بمدى معاناته ، ومدى قبول قصوره ، ومدى احترامه لنقص وسيلته ، وإدراكه صعوبة غايته .

فإذا كانت هذه المواجهة المؤلمة قد أعلنت أن مجال العلاج النفسي (أو ما يمكن أن يسمى: تجربة التغير البشري) هو مجال صعب ، وأن كل ما نعرفه عنه بما هو قابل للنشر (أو قادر على النشر) هو مجرد «عينات» «ووجهات نظر» ، كان هذا ادعى إلى أن ندلى بدلونا في عرض العينة التي نرى عرضها ، وفي إبداء وجهة النظر التي ترتبها . . . دون شعور بالنقص من جهة ، ودون مغالاة في إدعاء الموضوعية من جهة أخرى .

ومن هنا لا بد أن أعترف بشجاعة الباحث لإصراره على

خوض غمار هذه التجربة الحية الاخلاقية ... ليعرض عينة من
« تجربة التغير البشرى » الذى يجرى فى مجال العلاج الجسمى
من وجهة نظره أساساً مستعينا بوجهة نظر المعالج أحيانا ،
بلا ادعاء لموضوعية غير متاحة لأى باحث فى مجالنا هذا
(مهما تهرب - من خلال ادعاء الموضوعية - من مسئولية
وجوده الذاتى ...) - ثم ليكن تطوره بعد ذلك من
خلال القدر الذى سيسمح به لنفسه من احتكاك وجدل
وقبول ورفض للآراء الأخرى (الذاتية أيضا بدرجات
متفاوتة) .

رابعاً - مادة البحث

فى رأى الشخصى أن مادة هذا البحث - وربما كل
بحث يجرى فى مجال العلاج النفسى - مكونة من ثلاثة
عناصر أساسية :

١ - المرضى والمترددون .

٢ — المعالج (والمعالجين الساعدين إن وجدوا) .

٣ — الباحث نفسه .

ولفتحدث عن كل جانب من مادة هذا البحث على حده :

أولاً : المرضى والمترددون : بادئ ذي بدء ، لا بد لنا من وقفة عند تعبير « المرضى » ، ففي الوقت الذي أجرى فيه البحث على هذه المجموعة كان عمرها قد بلغ ما يزيد عن عام ونصف لأغلب أفرادها ، وكانت معظم الأعراض (أو جميعها) عند الغالبية قد زال ... بحيث ينبغي مراجعة تسميتهم بالـ « مرضى » ، وقد أشار الباحث إلى أن التشخيصات كانت قد تغيرت تماماً لأن العلاقة الدينامية بين أجزاء الشخصية كانت قد تغيرت أساساً ، وأكاد أسمع رداً جاهزاً يقول أنهم ما داموا لا يزالون يترددون على العلاج فهم مرضى ، ولن أتطرق هنا إلى مناقشة هذا الادعاء ، ولسكني أحيل القارئ إلى نظريتي عن « مستويات الصحة النفسية على

طريق التطور الفردى » (وإن كانت تمثل مرحلة سابقة من فكرى) وأقول إن مجرد التردد للعلاج لا يعنى المرض . بل قد يعنى رؤية أعمق ، أو أملاً أشمل ، أو إصراراً أعنف على الحياة الأفضل . واستمرار مسيرة التطور ، ولهذا استعملت لفظ المتردين بجوار المرضى و بينهما حرف عطف لأحدد أن المتردد ليس مريضاً بالضرورة ، وبالتالى أفتح باب التبادل بين صفتى المرض والتردد لأؤكد أنه طريق ذهاب وإياب ، وفى هذه المجموعة بوجه خاص ذكر الباحث أن حضور بعض أفرادها كان بهدف التدريب ، ولكن باقترابهم من « المآزق الوجودى » ظهرت الأعراض للدرجة أنهم أعلنوا بأنفسهم رغبتهم فى الانتقال إلى صفة المرضى حتى يمارسوا حقهم الطبيعى بكل أبعاده ، وكان المرض أصبح حقاً اختياريًا مرحلياً فى الطريق إلى التغيير الواعى . ثم أنتقل بعد ذلك إلى التعريف بأفراد المجموعة ، فبالإضافة إلى ما ذكره الباحث عنهم من معلومات — بعد أن

أخفى أسمائهم - فهم بالنسبة لى من أصدق من عرفت ، من حيث فضلهم على فكرى ، وعلى وجودى ، وعلى علمى ، فهؤلاء الناس بكل سلبياتهم وإيجابياتهم وعدوانهم وظلمهم ومحاولاتهم وشقايتهم وألمهم وهروبهم . . . بشرّ بحق ، وإذا كانت تعريفات الإنسان قد تنوعت بشكل مربك بادئين من أنه حيوان ضاحك إلى أنه حيوان ناطق أو مفكر إلى آخره ، فإننى هنا أحب أن أعلن أن هؤلاء الناس قد علمونى أن الإنسان « . . . هو الكائن دائم المحاولة الواعية إلى الترقى ، برغم وعيه الأئنى بضرورة الاستقرار المرحلى » .

ولكننى أقر هنا أن نوع هؤلاء المرضى هو - نوع خاص ، بالإضافة إلى ما أورد الباحث من مواصفات وتشخيصات .

١ - فهم جميعاً فى عناد عنيد ضد استسهال حلّ بذاته سواء كان هذا الحل حياة عادية هامة ، أم مرض مزمن مستسلم ، أم موقف انسحابى متفرج .

٢ - وهم جميعاً قد قبلوا أن يستمروا في الحضور ،
وبالتالى فى ممارسة المحاولة الموجهة فى أن يقبلوا هذا العناد
من مجرد المكابرة والتوقف المتأطع إلى محاولة التغيير بكل
ما يحمل من مخاطر وآلام .

٣ - وهم جميعاً - وربما يرجع ذلك جزئياً إلى تأثير
العلاج ، قد واصلوا احتكاكهم بالواقع والتكلم باللغة
السائدة ، رغم مواصلةهم تعرية أنفسهم والتفاهم - مؤقتاً -
بلغة خاصة فى نفس الوقت .

٤ - وهم جميعاً قد قبلوا التعزى أولاً أمام بعضهم
البعض وأمام المعالج ، وثانياً أمام الباحث ، قبلوه فى شجاعة
وصراحة ، وتفسيرى أنهم وصلوا إلى درجة من الصدق مع
أنفسهم ، ولأنفسهم لم يعد عندهم معها ما يحشونه من رأى
آخر ، أو فرجة آخر ، أو تسجيل آخر ، فضلاً عن إدراكهم
لإتصال نفهم الشخصى بالنفع العام بما ذكرت .

ولسكل هذا فإنى أعلن شعورى أنهم هم الذين قاموا

بهذا البحث أساساً وفعلاً . لأنهم واصلو البحث الصادق فى

داخلهم وخارجهم ، ثم ساهموا بالمواقفة على تسجيل ذلك

وتوضيله دون تصنع أو افتعال ، ففضلهم على الباحث وعلى

وعلى العلم وللحقيقة فضل مباشر ليس له جزاء إلا أن تنجح

محاولتهم لهم ، وهذا ما يضاعف دينى — وربما دين الباحث

إن أدرك حقيقة عطائهم — إليهم وإلى من هم مثلهم ،

فأنا لا أعنى بوصفى لهم أشخاصهم ، بقدر ما أعنى كل من

« هم كذلك » سواء كانوا هؤلاء الناس أم أى ناس .

ولنا هنا وقفة ، فهناك من سيقول : إذا هؤلاء نوع

خاص من الناس ، وبالتالى فهذا العلاج لا يصلح إلا لأمثالهم .

والرد المباشر : ولم لا ؟ . . . والرد التالى : نحن لا نستطيع أن

نجزم إن كانوا قد قدموا للعلاج بهذه النوعية أم أن العلاج

قد أسهم فى كشف عطائهم فظهرت هذه الإمكانيات الإيجابية

العنيدة ؟ والرد الأخير : إن أحداً لم يدّع أن هذا العلاج هو

العلاج الأوحـد ، بل بالعكس إني أقر وأعلن أن لكل نوع
من العلاج نوع من المتعالجين .

ثم ننتقل إلى مادة البحث الثانية وهي « المعالج » نفسه :
وأول ما نبـحث هنا هو ما أشار إليه الباحث من أن
هناك وجه شبه بين المعالج وبين هؤلاء الرضى ، وأنه مجرد
فرد فى المجموعة مع تميز خاص من حيث فعالية دوره ، ودرجة
مسئوليته فى التغيير ، واتجاهه ووضعـه المهنى الذى يأخذ به
أتمـابه ، وإني إذ أقره على ذلك . . أقره أيضاً على ما أشار
من خلاف . . وأضيف إلى هذا وذاك أنى كنت شبه متعاقد
معهم عقداً لم يعلن أبداً ، وهو الاستجابة من جانبهم لدعوة
من جانبي تكاد تقول « . . . إني مثلكم . . ولكنى مصر
على الاستمرار بلفـة الواقع دون التنازل عن أى جوهر رأيتـه
فى نفسى ، فهل نحاول — يا جماعة — أن نمارس حياتنا سوياً
إلى نهاية عمق وجودنا بكل أبعاده المترامية ، لنرى الحكاية . .

بل وقد نوجه المسار من خلال نجاح موقفنا العنيد . . كهيئة
قادرة على التطور بوعى وألم وذبون تنائر أو صراخ » وقد
سمعت استجاباتهم واحداً واحداً بالموافقة « بمجرد الحضور
والاستمرار فيه » ، وعزوت هذه الموافقة إلى ضغط داخلي
مباشر أُعلنَ بظهور الأعراض ، وإغراء خارجي مباشر
هو محاولة العلاج الذاتية المستمرة . .

ومهما يكن من أمر اضطرابهم لخوض هذه التجربة
بسبب أعراضهم ، ومهما يكن من أمر وضعي بالنسبة لهم
كطبيب وظيفته الأساسية هي تخفيف الألم وإزالة الأعراض ،
فإن هذه وتلك كإفتاء لاتفاق الظاهري فحسب ، أما العقد
غير المعلن — حسب تصوري — فكان يتعلق بخوض هذه
التجربة الكيانية ، ومن هنا جاء شعوري بالعرفان تجاههم ،
وإني إذ أعترف بهذا البعد الذي لم ترد مناقشته في البحث
بطريق مباشر (وإن كان الباحث قد أشار أنه بتطور
المجموعة لم يعد العلاج إلا عضواً فيها) أقول إني إذ أعترف

بهذا البعد أقرر من وجهة نظري أنه موجود عند كل معالج
رضى لم أم لم يرض ، وعى به أم لم يبع ، فالعقد فى العلاج
النفسى بوجه عام والعلاج الجمعى بوجه خاص هو دائماً أبداً
عقدان :

العقد الاول : عقد ما بين طبيب (أو معالج) —

طرف أول — ومريض — طرف ثان — : الأول يرتزق
ويتمن مهنة إنسانية (بالمرّة) ، والثانى يشكو من أعراض
مرضية أدت إلى أن يذهب إلى الأول ويريد أن يتخفف
منها ..

أما العقد الثانى : فهو العقد الأصحق غير المعلن بين

إنسان وإنسان : الطرف الأول (المعالج) يعيش مرحلة
وجود ناجحة نسبياً وبالتالى فله تصور لأبعادها ، وسلوكه
إنما يمثلها ويبررها حتى ولو ضعفت درجت وعيه بها ،
والطرف الثانى (المريض) يبحث عن مثل هذا التصور ،

فينتقى من المعالجين من هو أقرب إلى تصوره ليحققا معا
مرحلة مشتركة بصورة ما .

هذا ، ولا يوجد فضل حاد بين العقد الأول والعقد الثاني ،
لأن العقد الأول هو الديباجة التمهيدية للعقد الثاني ، ولأن
الثاني هو الوسيلة الفعلية لتحقيق أهداف العقد الأول (زوال
الأعراض .. والاستزاق) .

ولا بد أن أعترف أنى سمعت هذا التفسير لطبيعة العلاقة
بين المريض والطبيب في موقف العلاج النفسى أول ما سمعته
من أستاذنا المرحوم الدكتور يوسف حلى جدينة حيث كان
يقول ما معناه « إن الطبيب (المعالج) النفسى ينتقى من مرضاه
من يماثلونه ، ليرى نفسه فيهم بالساعات الطوال ويبرر وجوده
من خلالهم » .

وقد رفضت هذا القول الذى قيل هجوما على العلاج
النفسى سنين طويلة ، ولكنى فى النهاية وصلت إلى نفس

النتيجة مع تحوير بسيط في العبارة الأخيرة إذ لا بد أن تتعدل
— في بعض الأحيان — من « ... ويبرر وجوده من خلالهم »
إلى « ... ليبحثوا سوياً عن معنى ذلك ، وعن الطريق
إلى إمكان تفسيره إن لزم الأمر » وقد قلت « في بعض
الأحيان » لأنني ما زلت أتصور أن كثيراً من العلاجات
يصدق عليه كلام أستاذنا الدكتور جنيئة ، وآمل
— متحيزاً — أن هذا النوع قيد البحث يصدق عليه التحوير
الذي اقترحته .

وأختم هذه النقطة التي ينبغي أن تتضح عند كل ممارس
للعلاج النفسي ، وكل باحث فيه بأنه « إذا كان الأمر كذلك ،
وهو عندي كذلك ، فإن درجة الوعي التي يتم فيها هذان
الاتفاقان ضرورة لازمة لتمامين المسار ، والتقليل من المضاعفات ،
وتأكيد الاختيار » .

فإذا كانت هذه هي العلاقة بين مادتي البحث الأساسيتين

(المرضى والمعالج) فإن موقف الباحث يزداد صعوبة فوق الصعوبات القائمة فعلا، لأن المعالج هنا هو المشرف على الباحث أيضاً، وهو أستاذ له، ثم هناك علاقتهما العاطفية التي جعلت الباحث يشكره في مقدمة بحثه باعتباره والده الروحي (١)، ولنا أن نتصور كيف يقوم باحث بعمل بحث مادته (أو ضمن مادته)، والده الروحي.. ليمتحن عن ضعفه واحتياجه وخطئه والتوائه... إلخ.، وقد ناقشت هذه النقطة سابقاً في عجالة ولكني أعود إليها هنا بتفصيل لازم:

فقد كنا أمام ثلاث اختيارات: إما أن يقوم بالبحث

أحد تلاميذ صاحب المدرسة العاشئة الداعية لفكرة «الطب

النفسي التطوري» والمساهمة في تطبيق هذه الدعوة في المجالات

المتعلقة بهذا الفرع ومن بينها مجال العلاج النفسي، وإما أن

يقوم بهذا البحث أحد المنشقين عنها لأن عنده فرصة

أعمق ومشاركة أطول لمعرفة عيوبها وثقائنها، وبالتالي

فإن موقف المعارض منها هو موقف يقطوع يتيح له أن يحدد

معليها أكثر مما يحدد ما لها، وأخيراً فالاحتمال الثالث أن يقوم بهذا البحث « آخر » ليس إلى هؤلاء ولا إلى هؤلاء مما يمكن أن يطلق عليه — افتراضاً — باحث موضوعي .

أما الافتراض الأول — وهو الذي تم فعلاً — فهو يضعنا في موضع خاص إذ هو أقرب إلى « عرض » ما يجري من وجهة نظر مشتركة تقريباً (مشتركة بين الباحث والمعالج) ، وإلا ما انضواً سويّاً تحت لواء هذه المدرسة وهذا العلاج ، وبهذا الإعلان يصبح العرض أميناً لو أميناه « صورة من الداخل » .

أما الاحتمال الثاني — فسوف يمنحنا صورة دفاعية كذلك ، فهو لاشك خليط بين موضوعية محتملة — حسب درجة تطور الباحث نفسه وأمانته مع وجوده — وبين تميز مضاد أكيد — هو في الأغلب مبرر انشغاقه عن المدرسة ، وهذا الخليط هو ذاته نفس نتائج الاحتمال الأول وإن كان تميز في اتجاه مضاد .

أما الاحتمال الثالث — نغبرتي ومشاهدتي وإطلاعي على

الأبحاث التي يزعم أصحابها الموضوعية، ثم طبيعة مثل هذا العلاج

ومحتواه، كل ذلك يجعلني أجزم أن مثل هذا الباحث المحايد ابتداء

سرعان ما سيندرج — خلال دفاعاته الخاصة تحت أحد الاحتمالين

السابقين بدرجة أو أخرى، لأنه في مواجهة هذا النوع من

التفاعل لا بد وأن يدافع أي باحث مناصر عن نوع وجوده

ابتداءً، وإذا كنا قد أشرنا إلى أن الباحث قد هرب من هذا

المأزق — مؤقتاً — بأن أعلن أن بحثه يقع تحت بحث

« العمليات » لا « تقييم النتائج » فإننا لا نستطيع أن ننفي أنه

في نهاية الأمر، لا بد وأن يرتبط شرح العمليات بتقييم

النتائج، أو بتعبير آخر إن أبحاث النتائج ما هي إلا نتائج

« العمليات الجارية » وليست شيئاً آخر .

ونخلص من هذه المواجهة الضرورية إلى إعلان واقع

هذا البحث وهو أننا أمام « عرض وجهة نظر باحث تلميذ

في ما يفعله معالج هو استأذنه .. لا أكثر ولا أقل » ، وهذا

الإعلان إنما يعيد وضع الأمر في نصايه ولا ينقص حق التلميذ الباحث في أن يقول رأيه في حدود المستطاع ..

أما موقفي الآن كقدم لهذا البحث فهو أن أضيف للباحث وجهة نظري في كوني مادة البحث :

أولا : أنه لا بد من اعتبار المعالج ضمن مادة البحث

وإلا فسوف يقوم البحث على بعد واحد ، وقد وقع في هذا

الخطأ كثير من كتب عن أنواع العلاج النفسي ، فشخصية

الباحث كمادة بحث هي التي تفسر لنا نوع اختياره لمرضاه ،

ولسهمهم ، وجنسهم (واختيارهم له كذلك) ثم محتوى العلاج

ثم هدفه ، وبدرجة هائلة : نتائج ، بل وفي النهاية فلسفته في

الحياة ومحتوى نظريته ، ولتراجع سوياً في هدوء — ولو

مصطنع — نوع حالات المستريا والحواز التي عالجها فرويد ،

ولتراجع اختيار يونج لمرضاه ممن هم في وسط العمر ، ثم

ويلهم زاينخ وزبائنه ومن بينهم فردريك بيرلز مؤسس مدرسة

لجستالت... واختيار أدل لتوجيه بعض نشاطه للأطفال ،
 ثم نعيد النظر في شخصية كل معالج لنرى كيف تحدد شخصيته
 اختياره وفكره النظرى ونتأمله جميعا .

ولست هنا بصدد تحديد وجهة نظرى من هذه المقولة
 الخطيرة تفصيلا : من أنا ؟ ولماذا ؟ ولكنى أوافق على أنى
 « شخصيا » .. و « تماما » يطبق على ما زعمته فى الفقرة
 السابقة .. ، ولكنى أحذر من التماذى فى هذه « الشخصية »
 للنظريات العلمية وإلا وقعتا فيما وقع فيه أسعدنا المرحوم
 الدكتور صبرى جرجس حين عزى كل فكر فرويد إلى
 ميوله الصهيونية الخفية ...

ثانياً : أن العلاج النفسى إنما يحدث تغييراً فى المريض من
 خلال التفاعل بين اثنين ، لأننا لا يمكن أن نتكلم عن تفاعل
 يقوم به متفاعل واحد وإلا كان فعلا لا تفاعلا ، والمعالج هو
 الطرف الثانى فى التفاعل ولا بد أن نعترف أنه معرض للتغير
 هو ذاته بل ربما هو ملتزم بالتغير إن كان التفاعل صادقا فعلا ،

وفي رأى أن كل العلاجات التي تدعى أن المعالج « محايد » أو غير متداخل في التفاعل ، إنما تعلن ضمناً أن تدخله أخفى وأخطر ، لأن موقف الحياد مستحيل ، فإذا كان ممكناً فهو يعلن بشكل ما توقف النمو من الجانبين ، لأن المعالج ثابت مدافع عن ميكانزماته بانسحابه تحت عنوان عدم التداخل ، وبالتالي فلا بد أن يتوقف المريض أو المرضى تحت نفس العنوان وهذا يحقق غرضه الخفي ، فما دام المرضى لن يتغيروا فهو آمن من التغير ، ومثل هذه المجموعات — التي تجتمع تحت عنوان العلاج الجمعي أيضاً — تؤكد بطريقة ما — أن هذا « اللاتغير » هو هو التغير المنشود ، وبالتالي فهي تؤدي وظيفة نافعة إذ تزج عن كاهل المترددين الزعم بضرورة التغير وحثمية الصيرورة ..

ولسكن لا بد من الاعتراف أن إعلان المعالج لنوعية تحيزه ، وطبيعة التزامه وحقيقة مخاوفه وأبعاد احتياجه .. هو السبيل إلى الإقلال من « الاتفاقيات السرية » بين المعالج والمتردد ، وإتاحة الفرصة للتقليل من مخاطر التأخير

الخفى الذى يختبئ وراء إدعاء الحياد، وكأنى أعلن هنا ضمناً أنه لاهياء فى العلاج النفسى — وأذكر القارئ بأن العلاج النفسى « المتمركز حول الزبون » Client Centered Psychotherapy والذى ابتدعه روجرز، والذى سمي أيضاً العلاج غير الموجه Nondirective Psychotherapy قد أعلن روجرز شخصياً — مؤخراً — أنه لا يعرف من أطلق عليه لفظ غير موجه ، واعتذر لفريك فى مقابلة خاصة (فى كتاب عن مقابلات فريك مع الانسانيين فى علم النفس » مازلو وميرفى وروجرز ») أنه لو كان هو الذى أطلق عليه هذا الأسم فهو آسف وتراجع لأنه لا يوجد علاج غير موجه .. وإلا لما كان ثمة علاج ..

فالوقف إذا كالتالى: إما موقف من المعالج معلىن وقابل

للتغيير والتفاعل والمواجهة ، وإما موقف سرى شديد التأخير

والمناورة بعيد عن متناول النقاش والجدل الحيوى ، وأخطر

المواقف السرية هو ما كان سرىا على صاحبه ذاته . . . ونقابل تأخير هذه السرية الخفية أكثر ما نقابلها عند أشد المعالجين حماساً للحياة . . :

فإذا انتقلنا إلى العلاج كإداة لهذا البحث فإننا نقابل تعليق الباحث في أكثر من موقع بأن العلاج كان يكشف نفسه ، ويعلن احتياجه ، ويدافع عن حقه في الضعف .. الخ وقد اعتبر الباحث هذا دليلاً على تطور المجموعة من جهة ودليلاً كذلك على نمو العلاج من جهة أخرى ، ولكن على أن أمير من جانبي هنا عدة نقاط إضافية :

- ١ - إن إعلان العلاج لموقفه لايعنى بالضرورة أن هذا هو موقفه ، بل قد يعنى محاولة علاجية تحددها مسؤوليته ، والتزامه في وقت محدد تجاه فرد محدد في مرحلة بذاتها من تطوره ، على أنى أتصور أن هذا التكنيك العلاجي لم يكن ليخفى على عديد من أفراد المجموعة ، وأعتقد شخصياً أن مرحلة المجموعة قد تخطت مثل هذا الموقف الحر في الصرف.

٢ — إن إعلان المعالج لموقف ما ، قد يخفى عن المعالج نفسه أن هذا ليس موقفه (راجع موقف إعلان الحياد . . . وقارنه باحتمال الشبه بينه وبين موقف إعلان التعرى هنا) .

٣ — إن إعلان للمعالج لموقف ما قد يكون مناورة من نوع التمويه . ذى الدرجتين Double blouffing ، فقد يعلن المعالج أنه يتدخل في حرية الآخرين ، وأنه من واقع مسئوليته ملزم بإعلان أنه يعالجهم لسد احتياجه ليس إلا ، فيبدو بذلك وكأنه أمين وموضوعي . ولكن هذا الاعلان في ذاته — بما يحمل من مظاهر الأمانة والموضوعية — قد يثير في الأعضاء احتمال أن هذا ليس صحيحاً وأنهم أحرار حقيقة في اختيار طريقهم دون تأثير غير مباشر من المعالج ، وأن المعالج بإعلانه هذا قد كشف ورقه ، والباقي مسئولية المترددين ، وقد تحمل هذه الاستجابة في ذاتها خدعة أعمق لأنها تغري المترددين والبرضى بإلقاء أسلحة حذرهم في حين أن الأمر يسير في نفس الاتجاه الذي حذر منه ، أو بألفاظ أخرى

« إن كشف ورق المعالج إذ يؤكده تدخله قد يسهله لأنه لا يثير
الحذر الواجب ضد ذلك »

ولم يكن الباحث — على قدر تصورى فى موقف يسمح
له بأن يصل إلى الشك فى نوايا المعالج لهذه الدرجة ، ربما لتعداد
العلاقات المتشابكة بينهما ، إلا أنى وضعت هذا الأمر بوضوح
لمراحل تالية من البحث ، وحتى لا يكون الحساس الخادع هو
نهاية تصور الحقيقة .. ، فإذا كان لى أن أعترف فأنا لا أعرف
عن نفسى أكثر مما ذكره الباحث وإن كمت لا أستبعد
هذه الدرجات الأخرى من التمويه ، وهو أمر بعيد عن إدراكى
حالياً أتركه لاختبار الزمن .. أو لباحث أكثر تشككاً
وربما أشجع .. وربما أكثر دفاعاً وتخوفاً .. الخ ولكنى
أخشى فى نفس الوقت أننا لو فتحنا باب التشكيك إلى التمويه
المزدوج ثم الثلاثى ثم الرابعى .. أن نصل فى النهاية إلى موقف
« الشك المطلق » وليس فقط « الشك المنهجي » حتى نستعمل
لغة ديكارت وكأن الحقيقة الوحيدة فى كل هذه القضية هى أن

الباحث يشك ، أما نتاج ما يشك فيه وحقيقته الموضوعية فهي ليست في متناوله شخصياً (ولا في متناول أحد بالتالى) .

إلى هذا الحد قد يصل بنا التسلسل الطبيعى إلى الاعتراف بالعجز النسبى أو المطلق عن الموضوعية . . ولكن دون التسليم اليائس بعدم إمكان تحديد حقيقة مايجرى خارج عقولنا ، لأن كل ذلك سيتوقف فى النهاية على من هو « الباحث » الذى يشك ، الأمر الذى دعانى إلى أن أضعه هو ذاته كمادة للبحث (وهى الفقرة التالية مباشرة) .

٣ — الباحث :

تعودنا فى التفكير العلمى السائد فى مجال علمنا هذا ألا ندرج الباحث تحت موضوع « مادة البحث » إلا إذا استخدمنا مقولة الاستبصار Introspection كوسيلة للبحث حيث يكون فيها للملاحظ « هو نفسه الظاهرة تحت الملاحظة » ولكنى هنا أدرج الباحث تحت مادة البحث من باب آخر وهو أن الباحث فى موقفنا هذا

يصدر في النهاية أحكاماً نابعة من إدراك التجربات الظواهر، سواء كانت أحكاماً بالنسبة للعينة التي انتقاها ليقدم من خلالها وجهة نظره ويدعمها، أم طريقة سلسلته للأمور، أم تقييمه لما يجري أم تفسيره لكل ذلك.. فهذه الخطوات كلها تشمل أحكاماً.. فهي ليست إطلاقاتاً مجرد تسجيل ملاحظات والربط بينها، وهو بمجرد أن يصدر هذا الحكم المتلقى (القارئ أو الطالب أو الباحث الزميل أو المقيم للبحث) فإنه يصبح بذلك مادة في بحثه ونتيجة في نفس الوقت... ومن حق كل هؤلاء أن يقيّموه هو ذاته من خلال ما يقدمه.. وكأني بهذا أضيف صعوبة جديدة في موقفنا البحثي هذا وهي أن البحث برمته منذ انتقاء الموضوع إلى انتقاء الطريقة إلى انتقاء عينة للمعلومات إلى طريقة عرض النتائج إلى تفسيرها.. كل ذلك هو في مقام مادة البحث التي ينبغي وضعها في الاعتبار ونحن نتناول البحث.. وإلا فنحن معرضون لخداع مضلل... وما دام الباحث أصبح «أداة البحث» و«مادته» معاً فإن

تناول هذا « المتغير » بدقة وتمحيص : بما له من صفات الأمانة العلمية وسعة الأفق ، وما عليه من دفاعات ومخاوف داخلية ، يعطى للبحث مكانه الدقيق في الكشف عن جوانب ما يبحث ، إذ لا يمكن أن نكون موضوعيين بحال إذا أهملنا موقف الباحث من الحياة ، ومدى رؤيته ، وطبيعة علاقته بالوجود وبذاته .. بما في ذلك فلسفته وموقفه من الدين والسياسة والزوجة والأولاد ... لأن كل ذلك يحدد بطريقة أو بأخرى اتجاهاته من البحث من هذا النوع ، وقد تكون النتيجة الهامة التي يخرج منها قارئ لمثل هذا البحث أن هذا الباحث عاجز عن الرؤية الشاملة ، أو أنه ظالم خائف ، أو أنه عادل شجاع إلى آخر هذه الاحتمالات المتنوعة ...

وهذا يرجعنا أيضا إلى ضرورة إعداد باحثين لم كفاءة خاصة ، وصفات خاصة (راجع الجزء الثاني من هذا السكتيب : الأداة البشرية) وإلا فنحن أمام باحثين من

«المريدين» أو باحثين من « المدافعين الخائفين » لا أكثر ولا أقل . .

وكل هذه الإعتبارات تنبهنا ثانية إلى أنه مادام الباحث « إنسانا » في مجال « علم إنساني » فلا سبيل إلا بالمغامرة ، ولا أمان إلا بالحذر ، وحتى إذا تصورنا أننا أمام عقل إلكترونى محكم . . وأننا سوف نترك له الحكم النهائى بحساباته الآليه . . فإننا سنواجه بالتساؤل العلى « من الذى سيفذئ هذا العقل بالمعلومات ؟ أليس إنسانا له موقفه ومميزاته . . » الخ



وبتنوع مادة البحث من المرضي والمترددین إلى المعالج إلى الباحث ذاته نجد أنفسنا مرة أخرى — وأخيرة — في موقف يكشف مرحلة صعبة مرت بها للتفكير العلى ردحا من الزمن ، وأعتقد أنه لم يتحمل غموضها وتشابكها ، فإذا به

ينتهي في كثير من الأفكار المعروضة كبدائل عن هذه الصعوبة إلى حلول شائبة وخطيرة ، لا أجد مناصا من التليح إليها :

١ — فقد لجأ فريق إلى الاكتفاء بقياس « جزئيات السلوك » ونسوا أثناء ذلك أن انتقاء قياس هذا الجزء من السلوك دون ذاك ، وانتقاء هذه الأداة للقياس دون تلك ، إلى آخر عمليات الانتقاء والتخطيط ، هي جميعاً من ضمن موقف ذاتي قد يكون هروبا من مواجهة مشاكل كلية أعمق مثلما طرحنا سابقا ، وقد وضعنا هذا الاتجاه في مأزق تشويه الإنسان بتجزئته دون غائية أو عمق شامل ، وإن كنت لأنكر أن اتفاق معرفة الجزء هو سبيل لازم لتجميع معالم الكل في أحيان كثيرة .

٢ — أما الفريق الآخر فقد لجأ إلى رفض البحث العلمي — في مجال الإنسانيات — بصورته هذه تاركا الأمر إلى

الانطباع والتأمل الشخصى من خلال التجربة التلقائية وإصدار الأحكام على مسئولية مصدرها ، حتى كادت المسألة أن تصبح — فى تقدير هذا الفريق — أقرب إلى التفكير الفلسفى من موقع التأمل بعد الاستيعاب ، وقد هوجم هذا الفريق ولاتهم أنه يرجع بالعلم إلى ما أسماه «البحث على مقعد وثير» ، أى بعيداً عن الممارسة العملية والتجارب وإعادتها إلى آخر هذه القصة . . . ، وفى رأى أن هذا الفريق قد أضاف إلى علمنا قدراً من التنوير لا يقل عن الفريق الأول . . بل لعله يزيد ، وأن اتهامه «بالبحث على مقعد وثير» هو اتهام من لم يعرف بعناية التفكير الخلاق وهو يبحث عن جديد . . لا يلتزم به إلا بصدق ذاتى يحاول أن يقربه من الصدق الموضوعى ، فالقعد فى رأى ليس وثيراً بل هى معاناة متصلة ، يرجع الحكم فيها إلى ضمير يقظ قادر على رفض كل مهلهة مسبقة . . على مسئوليته (أى دون أن يحسن) .

٣ — أما الفريق الأخير فقد اكتفى « بالخبرة الفنية »
 يرفض البحث في الجزئيات بزعم أنه تشويه للحقائق الكلية ،
 ثم خاف من إصدار الأحكام الانطباعية ، حتى أصبحت
 لمسألة — في تقدير هذا الفريق — نوعاً من سر المهنة ، ينتقل
 من معلم إلى صبي بالمحاكاة فالتقمص فالتعاطف فالتفجر من
لداخل ، وشار التعليم في هذا السبيل بكل الوسائل المعروفة
 في أي حرفة من الحرف . وكانت الدلائل تشير إلى أن الأمور
 تسير في اتجاه سليم نافع . . هو استمرار نجاح الحرفة في أداء
 المطلوب منها ، ورغم أن هذا هو الطريق العملي السائد عند
 أغلب الممارسين حيث تعتبر كل مقابلة للمريض نوع من البحث
 العلمي ، وكل نتيجة للعلاج تقييم لهذا البحث ، وكل خبرة من
 أستاذ لطالب هي إعطاء سر المهنة ، إلا أن هذا السبيل يضعنا
 في مأزق حقيق لأنه يبتعد بنا عن معنى العلم الحق ، ويعرض
 المهنة بالتالي للانقراض ، لأنه إذا لم تنتقل الخبرة « العلمية »
 إلى دوائر أوسع فأوسع ، وتدون في شكل أثبت وأبقى ،

فإنها قد تصبح حكراً على فئة محدودة معرضة للانقراض أو للتشويه السرى تحت ستار سر المهنة ، والتاريخ ينبغي أن يثبتنا بمثل هذه المضاعفات (التشويه أو الانقراض ..) في كثير من المهن القديمة كالكهانة ، وبعض الحرف الفنية اليدوية (الحرفية والفحاسية الخ ..) وبعض الحرف المزاجية (حرفة « الخرمنجى » .. الخ)

وبعد

وهكذا نجد أنفسنا في هذا البحث وقد التزمنا بشق طريقنا الصعب « بما يمكن » دون استسهال يلبس ثوب الموضوعية ، أو تنظير هو أقرب إلى التفلسف (لا الفلسفة) أو صمت يلبس ثوب الحرفية ويكتم سر المهنة ..

ولعل تقييبي الأول لما منحنا هذا البحث هو الطمأنينة إلى أنه بإمكاننا أن نمحرق كل هذه الصعوبات برغم شدتها ، إذ أن تسجيل الملاحظات بهذه الدقة والشجاعة — مهما

كانت انتقائية — ثم عرض الآراء صريحة دون شعور بالنقص أو اختباء وراء الأرقام ، ثم الحاسن الظاهر لهذه الآراء دون تردد . . . ثم التفسير ووجهة النظر الشخصية في جلاء محدد . . كل ذلك هو خطوة لازمة على مسيرة البحث العلمي ، وهي خليقة أن تثير حواراً ؛ على الجميع أن يواجهوه بشجاعة ، ثم يأتي الزمن يحكم بين الجميع على مراحل متتالية ، إذ يصدر حكمه على المدى القصير بمقياس انتشار الفكر وفائدته العاجلة ، ثم على المدى الأبعد بمقياس استمرار الفكر وتحديه ، ثم على المدى المطلق بمقياس الإسهام في مسيرة التطور للنوع كله . وحكم الزمن هو الفيصل النهائي في كل مبحث يتجرأ ليعلم أنه رأى زاوية من زوايا الحقيقة .

وأعتذر في النهاية إذا أطلت حتى انتهيت إلى هذه النهاية المزعجة والمسئولة في نفس الوقت ، ذلك لأنني من أشد الناس إشفاقاً على إضاعة وقت الباحثين — وخاصة الشباب منهم — في توهم موضوعية لا وجود لها إلا بقدر الاعتراف بعجز

الباحث ومحاولته هو نفسه التطور للاقترب من الموضوعية
في كل مناحي حياته ، وكذلك فإنني من أشد الناس حرصاً
على تذكير كافة الباحثين في مجالنا هذا بضرورة التسجيل
وإبداء الرأي دون مخاوف أو تردد أو تلكؤ ..

خامساً : معالم « طريقة العلاج »

موضوع البحث

لما كان الباحث قد حملني مسئولية هذه الطريقة التي قام
بالبحث فيها ، فإنني انتهر الفرصة في هذا التقديم الطول لأحدد
معالمها في خطوط عريضة ، تتفق مع ما جاء في البحث حيناً ،
وتختلف معه حيناً آخر .. فأقول :

١ — مرة ثانية : إن العلاج النفسي هو جوهر الطب
النفسي ، وهو المميز الحقيقي لممارسته ، وإن العلاقة بين إنسان
وإنسان بهدف تغيير سلوك مضطرب ، أو معطل ، أو طفيلي .
أو مغترب (أو على الأقل إخفائه) هو لب العلاج النفسي .

٢ — إن العلاج الجمعى بصفة عامة هو صورة نشطة ومتطورة من العلاج النفسى (بالتعريف السابق) .

٣ — أن تغيير السلوك ، أفضاء العلاج النفسى أو بدونه ، من خلال علاقة إنسان بإنسان ليس دائماً ، إلى أحسن ، وأن اختفاء الأعراض هدف مطلوب دائماً ، وإن كان خطيراً أحياناً ، لأن الاختفاء قد يتم على حساب نمو الشخصية أو على حساب التفاعل الوجدانى الأعماق أو على حساب شخص آخر» (فى تفاعل وجدانى عميق مع صاحب الأعراض) .

٤ — إذا ، فإن اختفاء الأعراض لا يصف نوعاً معيناً من العلاج لأنه يتم بطرق مختلفة من العلاج (من بينها العلاجات العضوية) وحتى بغير علاج . .

٥ — إن الطريقة التى تختفى بها الأعراض ، والهدف من اختفائها ، ومسيرة الفرد بعد اختفائها هى التى تحدد نوع هذا العلاج من ذلك .

٦ - وعلى ذلك يمكن تحديد نوع هذا العلاج وطبيعته من خلال تفسير هذه الفقرة الأخيرة بالنسبة لما يجرى فيه ، ومحاولة تفسير ذلك وتحديد غايته .. هي بنيتنا هنا

٧ - أن هذا التحديد والتفسير لا بد أن يشمل ابتداء موقف المعالج نفسه ، وتكوينه الشخصي ، ومرحلة تطوره ، واحتياجه لممارسة هذا النوع أو ذاك من العلاج ، وسبب إصراره على المشاركة في مسيرة النمو دون الاكتفاء باختفاء الأعراض (أو العكس) ، وهذا التكوين الشخصي - كما سبق أن أُلحِت - هو الذى يحدد انتقاء الطريقة وتطويرها وانتقاء نوع المرضى ، واستجابة المرضى لهذا الانتقاء واستمرارهم معه .

ولسلك معالج أن يختار الطريقة التى تشد رؤيته ، أو تعميه عن موقفه ، هذا حق إنسانى صرف ليس لأحد أن يحرمه منه إلا بقدر حفظه من ضريبة التنوير العام التى تناسب

مع مرحلة نمو مجتمعه عامة ، لأنه من البديهي أن كل فرد — وكل معالج بالتالي — في لحظة ما من مسار تطوره لا يستطيع غير ذلك ، وبالتالي فإنه يحدد طريقة العلاج والهدف منه على قدر الجرعة التي يتصور أنه يتحملها ، وإلا فمن ذا يفتقه إذا تعرض لجرعة فوق طاقته وهو متحمل مسئولية علاج آخرين ؟ . .

وكأنى بكل هذا أقرر أن العلاج النفسي عامة ، والعلاج الجمعي خاصة تختلف طرقه بعدد اختلاف الأفراد الذين يمارسونه ، وأن الانتقال معالج ما من مرحلة إلى مرحلة : مثلاً من العلاج الفردي إلى الجمعي : (مثل روجرز الذي أعلن أنه لم يعد يستطيع أن يمارس العلاج الفردي ثانية ، وقد أصبحت أنا كذلك منذ عامين ، ثم بيرلز الذي أعلن أن حتى العلاج الجمعي كاد يصبح بعيداً عن متناوله . . . الخ) أو حتى التغير في النوع ذاته مثل الانتقال من نوع علا-

« الفرد في المجموعة » إلى نوع « علاج المجموعة ككل » أو العكس . . . كل ذلك إنما يدل على تطور العلاج ذاته ، أو تراجمه ، حسب مرحلة نموه أو درجة خوفه .

ومن خلال كل ذلك نستطيع أن نخلص إلى نتيجة بسيطة ومنبهة للغاية ، وهي « أن كل أنواع العلاج القائمة بعيوبها ومزاياها مطلوبة لأن المرضى يختلفون ، وبالتالي فينبغى أن يكون هناك من يقابل احتياجاتهم من المعالجين المختلفين بنفس قدر اختلاف المرضى » ، والتلاقى بين هذا الطبيب (أو المعالج) وبين ذلك المريض واستمرارهما معا هو تحديد ضمنى لمرحلة تطورهما معا ، وتلاقى مجموعة بالتالى واستمرارها مع معالج بذاته هو تحديد أيضاً لمرحلة هذه المجموعة [ويمكن تعميم ذلك على المجتمع الأوسع بصورة مجمة بالنسبة للقائد والشعب مثلاً : كيفما تكونوا يولى عليكم] .

ومن خلال هذه المقدمة أستطيع أن أقرر معالم هذا
العلاج خاصة كالتالى مباشرة :

١ — أن هذا العلاج يتفق مع احتياجاتى فى هذه المرحلة
من الرؤية والتطور ، وأنى لم أعد أستطيع أن أمارس العلاج
الفردى إذا أردت الحفاظ على أمانتى من نفسى .

٢ — أنه فيما عدا فترات محدودة أوضحها الباحث فى حالة
« على » (المتواجد فى المستشفى أثناء حضوره المجموعة) فإن
الحضور إلى هذا العلاج يتم باختيار كامل ، وبالتالى
بمسئولية كاملة .

٣ — أن الأسلوب الجارى فى هذا العلاج هو أسلوب
تلقائى أساساً ، وأنى لا ألزم فيه بقواعد محددة ، وأن تلك
القواعد التى سجلها الباحث هى نتاج التفاعل والخبرة والسلوك
التلقائى فى الهناء والآن ، المرتبط بشريط الحياة Script

الغائي المحدد في شعورى بدرجة ما . . . والنسقر فى لاشعورى .
بدرجة لا أعرفها بداهة .

٤ — أن هذا السلوك الغائى مرتبط على حد على (ربما
للأسف) بمقولة بغيدة عن الواقع إلى حد ما وهى «أن الإنسان
عامة قادر على أن يستمر فى النمو ، بحيث يصل إلى مرحلة
يحتاج فيها إلى قدر ضئيل — أو منعدم — من الدفاعات ،
وأن هذا وحده هو السبيل لإطلاق قدرات إبداعه وإعطاء
حياته معنى ولسيرته هدفاً»

٥ — أن التوصيل بين هذه التلقائية الآنية وهذا
المدف المطلق هى مهمة هذا العلاج ، وهى مهمة صعبة لدرجة
تبدو مستحيلة (ربما لأن الوجود الإلهى ، أو شبه الإلهى ،
هو الوجود الأوحى المنعم فيه اللاشعور) ، وبالتالى فإن الفرد
فى الأحوال العادية غير قادر على أن يحاولها — مجرد محاولة —
وحده .

٦ — أن ظهور الأعراض هو النتيجة المباشرة. بلثل هذه المحاولة المجهضة ، أو المعجزة ، أو المرحقة ، (وهى محاولة كيميائية بيولوجية كيانية فى نفس الوقت)

٧ — أن طلب زوال الأعراض هو إعلان طلب العون من آخر ، (يعرف الحكاية) ، أو آخرين يحاولون نفس المحاولة .

٨ — أن هذا العلاج الجمعى يحقق هذا الاحتياج المرحلى بتواجد شركاء على نفس الطريق يقومون بنفس المحاولة .

٩ — أنه إذا زاد الاحتياج — والاعتماد على هذا الذى يعرف الحكاية أو يعايشها ، أو على هؤلاء الذين يحاولون نفس المحاولة ، فإن العرض قد يستبدل بالاعتماد على هذا أو ذاك . . . وتحدث خدعة توقف النمو (وقد ناقش الباحث هذه النقطة بإيضاح مسهب فى أكثر من موقع)

١٠- أنه إذا حققت هذه المشاركة هدفها الأصلي
- تخفيف الألم وكسر الوحدة - دون التوقف عند مرحلة
الاحتياج والاستبدال ، فإن الفرد قادر بعدها على الاستمرار
بعد اكتساب ميزتين هما نتيجتان طبيعيتان لسكل ذلك .

(أ) الاعتماد على المصادر الذاتية معظم الوقت : إذ يصبح
احتياجه للآخرين موقوف ، ومرتبطة بمواقف معينة ،
ويصبح قادراً عل أن يمارسه دون ارتباط بمعوق ، لأنه
في رحلته منه وإليه ، وبالعكس ، يبدأ من قاعدة ذاتية ثابتة ،
ويعود إليها دون تخلخل عنيف في رحلة الذهاب والعودة .

(ب) التقبل النشط : وأعني به القدرة على ممارسة الحياة
مع كل الناس دون استثناء بالقدر الذي يضطر إليه في سلوكه
اليومي المختار (لاحظ التناقض الظاهري بين الاضطرار
والاختيار .. إلا أن عمقه هو نفسه تناقض الواقع المحيط)
ولكن هذا التقبل نشط بمعنى أنه ليس مجرد فرصة سلبية

أو استعلاء « ودعه يفعل » *Laissez Faire* ولكنه احترام للاختلاف رغم المحاولة المستمرة للتفاعل والالتحام .

١١ — أنه انطلاقاً من هاتين الركيزتين (الاعتماد على

المصادر الذاتية والتقبل النشط) ، سوف يجد هذا الفرد نفسه ملتزماً — إزاء نفسه أساساً — بضرورة هذا الأسلوب في الحياة .
الذي توصل إليه من خلال العلاج ، وسوف ينجح في ذلك من خلال نشاطه اليومي العادي كقدوة وكمضو متفاعل بلغة الواقع السائدة .

١٢ — أنه من خلال هذا الموقف الأخير يستطيع أن

يستغنى هذا الفرد — رويداً رويداً — عن احتياجه للدفاعات المشوهة ليحقق الهدف الذي أعلنته سابقاً وهو يحقق فرض « أن الإنسان قادر على أن يستمر في النمو بحيث يصل إلى درجة لا يحتاج معها إلا إلى أقل القليل من الدفاعات » .

هذا هو التصور النظري الذي يبدأ من احتياجي
الشخصي ، وينتهي إلى اتباع أسلوب يهدف إلى أن يكون
هذا الاحتياج الشخصي احتياجاً عاماً .. وبالتالي تفكسر
وحدتي ويخف ألي ..

ولكن هل يعني ذلك أن المسألة برمتها مسألة شخصية؟

وهل يعني ذلك أني لا بد وأن أفرض تحقيق هذا
الاحتياج على من يقع في طريقى ؟

وهل يعني ذلك أن المسألة تبتعد رويداً رويداً عن الموقف
العام لمهنتي وعلى لتصبح تصوراً خاصاً ومطلباً جانبياً ؟

الحق أقول — على حد على ومسئوليتي — أن

الجواب بالنفي ..

ولما يتقرر ذلك من عدمه إذا تتبعنا مراحل العلاج
بالتفصيل ، ودرسنا أسلوب التفاعل (وقد قام الباحث بعرض
هذا الجزء الأخير عرضاً أميناً ووافياً) ، هذا بالإضافة إلى

أن هذا الاحتياج الشخصى هو جزء لا يتجزأ من تصورى لطبيعة هذا العلم الذى أمارس بعض جوانبه فى مهنتى ، والتصدى للعلاج آخر مرتبط أشد الارتباط .

(أ) بظهور الأعراض من ناحية ، . وتجميعها عادة فى زملة بذاتها .

(ب) بنشاط الجهاز العصبى بصفة عامة ، واضطراب تناسق مستوياته بصفة خاصة ..

فالأعراض تظهر حين يعاق هذا التسلسل الذى ذكرته ، وتناسق الجهاز العصبى يختل نتيجة لإجهاض محاولة استمرار المشيرة ...

وبالتالى فإن العلاج هو إطلاق هذا التسلسل وتهيشه
الظروف المناسبة لاستكمال المشيرة ...

وهكذا يرتبط الاحتياج الشخصي بالتطور الفطري

في إطار عضوى يترجم إلى فعل يومية في ممارسة مهنتي...

فإذا انتقلنا إلى الطريقة وخطواتها فالتناجد أنه يمكن للمريض أن يتوقف عند أى مرحلة يستطيع التوقف فيها وقد بين الباحث أيضا هذه النقطة بجلاء وناقشها بإفاضة .

وعلى أن أكمل ما لم يرد في البحث بالنسبة للمراحل التي يمر بها المريض (أو المتردد) أثناء رحلة العلاج بهذه الطريقة :

١ — تخنق الأعراض بعد فترة — لا تطول عادة — من بداية العلاج ، واختفاؤها يكون نتيجة لعودة الدفاعات السابقة للعمل ، أو نتيجة لاكتساب دفاعات جديدة أهمها العقلنة Intellectualisation والتقدير Idealisation للمعالج ، وهو يشمل الاعتماد ، فالمرضى من خلال حركة

المجموعة النشطة وتأثير المعالج سرعان ما يفهم طبيعـ
الأعراض .. ولكنه مجرد فهم ، ثم هو قد يتحمس للحلول
التي يستوحىها من موقف المعالج وإيماءاته ، وهو يبالغ في
تعظيم صفاته وقدراته ، وبتزايد الفهم العقلي دون عمق
الاستيعاب الوجداني ، وبتزايد تصوير المعالج بالقائد أ
الساحر ، أو صاحب الطريقة ... تتلاشى الأعراض في هذه
المرحلة .

٢ — تستمر هذه الفترة لمدة تطول أم تقصر حسب كل
حالة ، وتتوقف هذه المدة على تكوين الشخصية ، ونوع
التشخيص ، وموقف علاقات المريض بالآخرين من المحيطين
خارج المجموعة ..

٣ — قد ينقطع المريض عن العلاج في هذه المرحلة
ويعتبر قد شفى بالمقاييس العادية ..

٤ — إذا استمر المريض في الحضور بالرغم من اختفاء الأعراض فإن هذين الدفاعين (المقلنة والتقديس) لا يعودان يشبعانه ، فيبدأ الرفض الداخلي لهما يعلن طبيعتهما المؤقتة ، كما يبدأ ضغط المجموعة يكشف هذه الخيل الهروبية (وقد لوحظ هذا الضغط في هذا الاتجاه مراراً فيما قدمه الباحث) ، فإذا أضيف إلى هذا وذاك قرار المعالج برفض استمرار هذا النوع من التحسن (ويتوقف ذلك على حساباته وتوقيته ومسئوليته) ، فإن المريض لا بد سيواجه بحالة جديدة نشطة ومتحدية .

٥ — تبدأ مرحلة الهجوم على المعالج ، ويظهر هذا الهجوم في أشكال مختلفة ظهرت أغلبها فيما عرضه الباحث ، وأهم صورها :

(أ) الهجوم اللفظي المباشر بالسباب أو الاحتجاج أو المتطامنة .

(ب) الاتهام بأنه « صاحب طريقة » أو « ديكتاتور »
أو « مجنون » أو « مثالي » ... الخ .

(ج) الهجوم الجسدى بالتفاعل الجسدى معه .

(د) الهجوم بالتشويش وبإعاقة المجموعة ، أو الاحتكار ،
أو التسخيف .

٦ — قد يتخذ المريض هذا الهجوم مبرراً لانقطاعه ،
ولكنه انقطاع من نوع آخر غير ما ذكر فى رقم (٣) ،
فالأول انقطاع « الهارب الشاكر » أما هنا فانقطاع « المحتجج
الناثر » ، وفى خبرتى فإن هذا الانقطاع الأخير أفضل
والمريض فيه أقل عرضة لعودة الأعراض بنفس سرعة
عودتها فى الحال الأولى ، ورغم أنه يدمغ المجموعة والمعالج
ويصفها بأنها مؤذية وضارة وتكون إجابته سلبية فى أغلب
أبحاث الاستبـارات المنتظمين إلا أن فائدها أعمق
أما الأول فقد يجيب بحماس عن الفوائد التى عادت عليه

في حين أنه لم يستند كثيراً أو طويلاً ... [لاحظ المناقشة
في أول المقدمة حول قيمة هذه الاستجابات وحققتها]

وأضيف أن انقطاع « التأثر المحتج » يبدو فيه المريض
أكثر دفاعاً وأقل رؤبة ، ولكنني لاحظت بالمتابعة المتأنية
أنه بعد حوالي عام (في المتوسط) يبدأ في استيعاب خبرته
أيام المجموعة .. ويستمر تدريجياً وبوعى جزئى في تقدمه
نحو الأحسن .. أكثر من زميله « المهرب الشاكر »

٧ — قد يمر المريض بهذه المرحلة دون إعلان العدوان
الصريح وإن كان المحتمل أنه يمر ببعض هذه المشاعر ويصل
إلى مثل هذا القرار وحده دون إعلان .

وقد يتخذ العدوان أشكالاً سلبية أخرى منها :

(أ) التوقف عن ممارسة الحياة الخارجية بأي درجة
من الفاعلية ، مثل التوقف عن الدراسة أو الذهاب للعمل ..
وإعلان القشل (رغم اختفاء الأعراض الأخرى) .

(ب) التهديد بطلاق الزوجة أو ترك الزوج أو هجر البيت .

(ج) مضاعفة الاعتماد على المعالج والإفراط في تبعيته . .

وكما يبدو فإن كل هذه الأساليب هي عبارة عن توجيه اللوم للمعالج ضمناً بمعنى « مادت صاحب هذه الطريقة » وقد خدعتني وأغريتني باتباعها ، فهالك مضاعفاتها ، وعليك وحدك أن تتحمل نتائجها . . وهأنذا ضحيتك المشوهة » .

وينتهى هذا العدوان الصامت ، أو العدوان السلبي ، باحتمال انسحاب العضو من المجموعة أيضاً ، وبعد انقطاعه تختفي هذه الاحتياجات السلبية مع اختفاء الأعراض السابقة ويعود إلى حياته وزوجته ويعتبر هذا الانقطاع أقل ضماناً من سابقه أو يمكن تسميته « المنسحب الراض » وهو يختلف عن « الهارب الشاكر » من ناحية وعن « المحتج الثائر » من ناحية أخرى ، على أن استمرار جدوى هذا النوع من

الانسحاب (المنسحب الراض) ومدى فاعليته في اختفاء الأعراض ، وفي استيعاب الخبرات التي استفادها المريض من المجموعة فيما بعد ، هو أقل مما ذكرنا بالنسبة للمحتج الثائر ، ويكون هذا الانسحاب أكثر تهديداً للمجموعة وإعلاناً للرفض حين يكون حضور هذا الفرد مرتبطاً بحضور فرد آخر (مثل انسحاب الزوجه رغم استمرار حضور زوجها) ويشمل هذا الانسحاب بالإضافة إلى الدفاع الذاتى رغبة في توقف المجموعة ككل وإفشائها . (أنا ذاهب . . وانت وشطارتك) .

٨ — قد يستمر أحد هؤلاء الثلاث تحت ضغط المجموعة أو الشريك ، أو التهديد بظهور الأعراض ، أو الرغبة الظاهرية في استكمال « الفرجة » ، ولكنه يحاول أن يفرض شروطه ويحول مجرى المجموعة إلى مجموعة اعتمادية أساسها اللردشة وتصور التميز عن المجتمع الخارجى ، فإذا ووجه برفضه

شروطه عاد للانسحاب بنفس الأسلوب القديم ، أو حاول إفشال المجموعة والتشكيك فيها بكل وسيلة (وقد أورد الباحث أمثلة لهذا الموقف أيضاً والذي يمكن أن يلخص في أنه موقف : « فيها - بشروطي - أو أخفيها ») .

٩ - إذا تخلى المريض هذه المراحل واستمر مع ذلك في حضور المجموعة ، فإنه يكون قد اقترب من احتمال تغير نوعي في وجوده : وهذا يعنى مواجهة جديدة أعمق قد فرضت عليه إذ لم يعد الاعتماد مقبولا ولا العدوان مبررا (وكان مرحلة الاعتماد تقابل الموقف الشيزويدي ، ومرحلة العدوان تقابل الموقف البارنوي . وهو الآن على أبواب الموقف الاكمتابى) وفي هذه المرحلة يجد المريض نفسه في مفترق طرق ثلاث :

الأول : أن تعود الأعراض القديمة ، واسكنها عادة تعود بشكل محور ومحددة أقل .

الثاني : أن تظهر أعراض جديدة بديلة عن الأعراض القديمة ، ولكن من واقع ميكانزمات أخرى ، وقد لاحظت أن هذه الأعراض الجديدة في كثير من الأحوال تكون أعراضاً جسمية (سيكوسوماتية) تصل في عنفها (وتهددها) إلى تهديد الحياة ذاتها مثل أعراض الذبحة الصدرية التي تسكاد تقول (إما أن تذكوني .. أو أموت) .

وقائدة الأعراض الجسمية أنها أخفى ، وأبعد عن تناول للعلاج ، وهي أبعد أكثر فأكثر عن تناول المجموعة ، وكأنه يقول بها « إن جسمى هو الآن المشكلة ، إن مرضى عضوى ، وعلاج الكلام والتفريج هذا لم يكتشف حقيقة اضطراب أعضائى ، وإذا كان المعالج طبيباً يفهم فى الجسم فليظهر لى شطارته ، أما أنتم فإيش عرفكم باضطرابات الجسم ؟ »

الثالث : أن يواجه المريض انهيار دفاعاته القديمة والجديدة معاً ، وبالتالي يواجه اضطرابه لمواجهة الواقع بمجمعه

- بدرجة أو بأخرى - وهنا يقترب أكثر فأكثر من أبواب
الاكتئاب الحقيقى الذى يعلن بداية علاقة حقيقية بالعالم
للوضوعى الذى يتمثل « هنا والآن » فى أعضاء المجموعة
بعبورهم وميزاتهم ، إذ لم يعد يصلح أن يعتمد عليهم
أو يعتمدى عليهم ، وهذا الاحتمال الثالث هو ما يقابل الموقف
الاكتئابى فى نمو الطفل (عند ميلانى كلاين وجانترب)
وكذلك هو ما يقابل « المازق » (عند بيرلز) .

وإن كنت أميل إلى عدم إطلاق لفظ الاكتئاب على
على الشاعر للمصاحبة لهذه الواجبة وأنضل عليها لفظ الألم
(وقد ذكر أيضا فى إحدى الجلسات) وذلك لأن لفظ
الاكتئاب أصبح رمزا لمرض محدد أو مرض بذاته وقد
أسىء استعماله أشد الإساءة ، أما الألم هنا فيتميز عن
الاكتئاب بأنه :

(أ) يحدث هنا تحت تأثير درجة من الوعى والاختبار .

(ب) لا يصاحبه عادة « شعور بالذنب » .

(ح) يكون الفرد فيه قد تخطى مرحلة الثنائية

الوجدانية Ambivalence إلى محاولة الاقتراب من مرحلة

تحمل التناقض Tolerance of ambiguity

١٠ — قد يدرك المريض ما ينتظره من مواجهة حقيقية

للواقع بحجمه وقد يخاف من هذه الخطوة بشكل متزايد ،

وقد يهجم للتراجع عنها بأحد طريقتين أساسيتين :

(أ) أن يقحم الألم وحده تماما ، فيلغى وجود

المجموعة ، وهذه الخطوة تضاعف من الألم بدرجة تبرر

التراجع عنه .

(ب) أن يكثف جرعة الألم بأن يبالغ في ضرورة تحمل

مسئولية مَنْ حوله كدليل على ارتباطه بالواقع وعلى

اشتراكه في المسيرة ، ولكن هذه المبادرة غير المحسوبة

تضاعف أيضا من هذا الألم وتبرر في النهاية انسحابه بعيداً

عن تحمله .

١١ — قد ياجأ إزاء ذلك الألم التزايد الذى سام
تمهيداً فى إحيائه إلى أحد سبيلين :

(أ) عقلنة الألم : إذ يبدأ الألم الحى يفقد جوهره رويداً
رويداً ، إذ يقل ما يصاحبه من معاناة وأمانة وحيرة وإصرار
على اللواجهة .. ويستبدل بذاك الحديث عنه ، وتقل معاشته ،
ولأن بقيت الألفاظ تتغنى بوصفه .

(ب) التراجع عنه : إما صراحة (أنا لست بحمل
« هذا » أبداً) وإما بالعودة إلى أساليب دفاعية أخفى (بخلاف
المعقنة) تريحه وتقلل بالتالى من فعاليته .

١٢ — أما إذا احتمل المريض هذا الألم الحى ، مستغنياً
وجوده فى المجموعة لتخفيف عنقه ، فإن وظيفة المجموعة غير
الاعتمادية فى هذه المرحلة تكون فى أشد حالات فعاليتها
عنى أساساً :

«إن هذا الألم ضريبة الحياة . وأننا نعانينه «معاً» — لا بالنيابة

أحدنا عن الآخر — وبالتالي فإن جرعته يمكن أن تكون

محتملة : هيا نواصل » ، إذا حدثت هذه الخطوة فإن المريض

ينتقل إلى مرحلة «الولاف» الإرادى اليقظ ، أو مرحلة

الديالككتيك الحى ، أو الجدل التطورى (راجع أيضا الجزء

الثانى من هذا الكتاب : «الخطوط العامة للنظرية») .

١٣ — وهذه الخطوة الأخيرة والتي تمحدد هدف العلاج

كله وهو «إحياء دياالككتيك النمو بطريقة عملية ومباشرة

وواعية إلى حد ما » هى نهاية وبداية معاً حسب قانون الجدل

الحيوى المستمر ، فهى نهاية لكل ما سبقها من خطوات ،

ولسكنها متى استقرت فإنها تحتاج إلى فترة ككون وممارسة

متأنية تنبعث بعدها مسيرة جديدة ..

وكنت أنوى فى السودة أن أتمدث هنا تفصيلا عن

طبيعة هذه الخطوة وكيفية حدوثها وشروط نجاحها ،

إلا أنى فضلت أن أنقل هذه التفاصيل إلى فصل الحديث عن علاقة هذا العلاج بالجدل (الديالكتيك) في فقرة الحديث عن الفلسفة ، ذلك لأنه لكي نفهم هذه الخطوة لابد أن نستوعب أولاً - بدرجة ما - معنى الديالكتيك ، كما أنى حريص تماماً على التنبيه على ضرورة إعادة روح علمنا هذا إلى الروح الفلسفى النابض . .

أولسكنى أحدد هنا المفهوم العام لاستعمال كلمة الموافقة* أو «الولاف» Synthesis وخاصة وأن الباحث قد استعمل هذا التعبير فى أكثر من موضع .

^١ وكل ما ينبغى أن أشير إليه هنا قبل شرح هذا المفهوم تفصيلاً فى موقعه هو أن «تحقيق الموافقة الأعلى» يختلف

* فضلت كلمة «الموافقة» أو «الولاف» لأنها تعنى اتصال العمى ببعضه إلى بعض كما أن الفعل «ولف» يعنى تهايم اللعمان (البرق عادة) ، والمعتيان معاً ما أقصد . أما كلمة «الجميع» (نتيجة الجمع بين «الطريجة» و«النقيضة») فهى تعطى معنى الجمع لا الاتصال الجوى .

في كثير من أبعاده عن الشائع عن العلاج النفسي فأقرر
في إيجاز:

(أ) إن هذا العلاج لا يسعى إلى « كبت » الجزء
الآخر من النفس ، وإن كان يقبل ذلك إذا فرض عليه
بالانسحاب ، فرغم أن هذا في مضاعفاته ، إلا أنه بالمقياس
المادى هو هو بعض نجاحاته .

(ب) إن هذا العلاج لا يهدف إلى ضبط أو وقع الجزء
الآخر من النفس ، كما هو الحال في العلاجات التي تعمل على
تقوية ضبط النفس والتعويض الشعورى .

(ج) إن هذا العلاج لا يهدف إلى تصالح أجزاء النفس
وتفاهمها كما هو الحال في بعض مراحل التحليل النفسى ،
بل إنه هو غاية الأمر في مرحلة التحليل — التركيبى
Structural Analysis وأغلب مراحل التحليل التفاعلات
Transactional Analysis

(د) إن هذا العلاج لا يهدف إلى حل وسط — إلا كمرحلة — ذلك الحل الذي يتم عادة باتفاق سرى بين أجزاء النفس، إذ يلبس كل جزء صفة الجزء الآخر ليقدّم للوجود ما يسمى « خداع التحسن » (إن صح التعبير) وهو المقابل لما أسماه إريك بيرن « التلوث » وهو المقابل أيضاً المعروف في التصنيف الشائع تحت عنوان « اضطرابات الشخصية ». (هـ) إنما يهدف هذا العلاج إلى « المواءمة الأعلى » بين قوى النفس المتصارعة المتناقضة (ظاهرياً) ، ويتم ذلك من خلال تحديد هذه القوى ، ثم فصلها عن بعضها ، ثم إعادة المواجهة ، ثم إفشال استقلال أى منها ، ثم الاضطرار إلى تلاحمها ، ثم نسج المواءمة الأعلى ، وكل هذا قد تعود إليه في حينه بالتفصيل .

خلاصة القول بعد تحديد معالم هذا العلاج وهدفه وخطواته ١ — أنه علاج عملي ، له هدف بعيد غير معنن (المواءمة الأعلى) ولكنه يقبل كل الأهداف الوسطى التي تفرض عليه ويعتبر نتائجها المستقرة مرحلياً من إيجابياتها .

٢ — أنه من الناحية التطبيقية لا يهمه التفصيل

أو المواصفات الطوبائية المروية بقدر ما يهمه وضوح المقاييس التي يقيس بها خطوات مسيرته ، وأهم هذه المقاييس :

(أ) : اختفاء الأعراض ولو مرحلياً .

(ب) : إرساء علاقة — ولو خفية — تسمح بالرجوع لاستكمال السيرة إذا عادت الأعراض .

(ج) : إدراك طبيعة الاختيار ، ومن ثم المسؤولية في حالتي الصحة (ولو الظاهرية) والمرض .

(د) : التكلم باللغة السائدة .. والارتباط بالواقع ..
وتحمل مشقة التكيف .

فإذا أشارت هذه المقاييس إلى تقدير إيجابي حقق العلاج غرضه المباشر ، ولكنه حسب خبرتي — يكون قد حقق أيضاً غرضه الأبعد ولكن بجمعة محدودة وعلى المدى الطويل لأنني

— كما ذكرت — لاحظت أن إحياء الجدل الحيوى من خلال هذا العلاج يستمر حتى بعيداً عنه وبعد الانقطاع .

سادساً : علاقة هذا العلاج بالأبعاد الأخرى :

« داخل دائرة المهنة وخارجها »

أولاً : علاقة هذا العلاج بالعلاجات الأخرى :

(١) العلاجات الكيميائية والمضوية

بدا من البحث أن التشخيصات مختلفة ، ولكن الغالب فيها حالات خطيرة مثل انقصام — وقد نمزو هذا المرض بالذات إلى أسباب عضوية مختلفة وبالتالي فإن علاجه الشائع والغالب هو علاج عضوى كيميائى أساساً وفيزيائى فى المقابلة التالية ، ولكن البحث لم يقدم لنا إشارات واضحة عن دور هذه العقاقير والعلاجات « مع » العلاج الجارى أو « بديلاً عنه » أو « معوقاً » له ، ولا أستبعد نقداً من بعض

الذين لا يروا إلا ما يبعدهم عن الرؤية يقول :
« من أدراكنا أن هذا التغير ليس نتيجة للعقاقير التي يتناولها هؤلاء مثلاً . . . وأنه ليس له علاقة بالعلاج الجارى ؟ » إلا أن الباحث كان حذراً منذ البداية ، فأعلن أنه يبحث في ديناميات العملية العلاجية ، وليس في نتائجها أو في إرجاع النتائج إلى متغير بذاته ، ثم ترك بحث هذا الأمر لمرحلة تالية لم تنشر .
ولذا فإننى أجد لزاماً على أن أوضح بعض ما يدور حول هذه النقطة كالتالى :

١ - مجموعة البحث شديدة الاضطراب بصفة عامة
[٦ نضامين ، و ٧ اضطراب شخصية (مكافئ للوجود النفسامى فى بعض الأقوال)] .

٢ - كثيرون من مجموعة البحث لم يستجيبوا « لكل »
العلاجات السابقة وحدها بما فيها العقاقير الكيميائية والجلسات الكهربائية .

٣ — بعض أفراد المجموعة (« حسام » و « على ») دخل المستشفى فترة من الوقت ، الأول لبضعة أسابيع ، والثاني ما زال بها .

وكل هذا يشير إلى أن هذا العلاج يواجه تغيراً بيولوجياً هاماً الذي يعامل اختلالاً دينامياً ، وعلى ذلك فالافتراض الأول أن أغلب هذه الحالات يحتاج مباشرة إلى عقاقير فعالة وشديدة التأثير .

وأنا لست ضد ذلك ولكن لى طريقة خاصة فى استعمال العقاقير مع هذا العلاج - وغيره - أتبعها - هنا - كما يلى :

١ - عادة ما أبدأ - فى مثل هذه الحالات - بالعقاقير المناسبة جنباً إلى جنب مع هذا العلاج ، ولا يهمنى فى البداية إن جاءت النتائج نتيجة لهذا أو ذاك ، فأنى يحدد ذلك هو « نوع النتائج » و « استمرار النتيجة » ، وليس مجرد النظرة السطحية للنتائج ، فعندى - وعند غيرى - من يأخذ هذه

المقاير دون هذا العلاج ، ونحن ننتفع يومياً طبيعة نتائجهم ،
ومداها ، ونوعها ، بخبرتنا الإكلينيكية ، دون خدعة الضبط
والمقارنات السطحية .

٢ — أتفاهم مع المريض عادة ومعد البداية عن فكرتي عن
طريقة عمل هذه المقاير وعندى لها تفسير دينامى بيولوجى
مباشر يتعلق بعملها الانتقائى على مستويات المخ المتصاعده ،
وفهم المريض عادة مهما بلغت درجة مرضه ما أعنيه ، وقد
يحتاج إلى إعادة توضيح ذلك أثناء العلاج ، وربط التغيرات
السلوكية ، واختلاف أنواع النشاط بالمقاير التى يتعاطاها
(وليس هنا مجال ترتيبها أو شرح تفصيلى لتناسب درجاتها
مع مستويات نشاط المخ المختلفة)

٣ — بعد أن تصل رسالتى واضحة ، لا أعود
للحديث عنها من جانبى أبداً وإنما استجيب للتساؤلات
حولها ، حيث أنى أنهى كل جلسة (لجأة) بقولى « آخر خمس

حقائق للأستلة والعقاير » ، فإذا سأل أحدهم عن جرعة ، تركته — عادة — يحكمها بما اتفقنا عليه مسبقاً .

٤ — يتعلم المريض حاجته للعقاير وتناسبها مع طبيعة تفاعله بعد بضعة أسابيع من البداية :

٥ — لاحظت أن أغلب المرضى — حتى القصامين المزمنين — يوقف العقاقير تلقائياً مع تطور العلاج . . دون أن يخل هذا بوظائفه الفسيولوجية (النوم مثلاً) أو النفسية . وقد يرجع إليها تلقائياً لأيام أو أسابيع وبجرعة أقل ، ثم يوقفها ثانية ، وقد يخطرني بذلك أو لا يخطرني ، ولكنى أتبع كل هذا عن بعد .

٦ — تعلمت من هذه الطريقة التلقائية أنه إذا صحح النشاط القديم والأعمق للمخ بالتعبير ، وقوبل بالتقبل ، وبدأت محاولات استيعابه فإن المريض لا يحتاج للعقار الذى يخمده . والعكس صحيح ، وهذا التناوب مباشر ويومى .

٧ — لا أبدأ أبداً إلى (بل وأنهى عن تعاطي)
 للنومات والمهدئات الخفيفة التي تعمل على المستويات الأعلى
 من المخ .

٨ — يقل تعاطي المخدرات والكحول تلقائياً لمن كانوا
 يتعاطونها دون التنبيه المباشر بمنعها ، إذ يبدو أن
 الحاجة إليها هي الأخرى تقل حتى ينقطع المريض عنها تماماً
 مع ازدياد الفعالات واكتشاف الداخل والاعتراف به
 وقبلة .

٩ — أأخذ دائماً مقياسين يفسران لي اللجوء إلى العقاقير
 (وهما نفس للمقياسين الذان توصل إليهما المرضى تلقائياً)
 وهما :

(أ) النوم (٦ — ٨ ساعات يومياً) ، ذر الفائدة المرجوة
 والأحلام .

(ب) الانتظام في العمل اليومي العادى .

فاذا استقر « التمام » على هذين المقياسين من جانبي وجانب المرضى ، ترك الأمر لمقياس التناصب العكسى . بين نوع خاص من التفاعل في المجموعة والجرعة :

١٠ — لاحظت أن مفعول العقاقير يتغير مع جلسات العلاج ومثال ذلك أن المريض الذى كان لا يفام إلا بجرعة ٥٠٠ ملجرام لارجا كتيل أو ميليريل قد يكفيه بعد تفاعل ناجح ٥٠ مجم أو أقل . . ثم سرعان ما لا يحتاج إلى العقار أصلا .

١١ — لاحظت أيضاً أن نوع التفاعل يحدد جرعة العقار، فالتفاعل الكامل المستوعب يتيح تناسقا داخليا بين مستويات المخ ، فلا يدع مجالاً لعمل هذا المستوى مستقلاً متنافراً فلا يحتاج المريض إلى عقار تهدئته ، وعلى النقيض من ذلك فإن التفاعل المبتور أو الناقص أو السطحي المزيف

قد يحتاج لزيادة الجرعة لأن مثل هذه التفاعلات تضغط أكثر على النشاط الداخلى مما يثيره في عنف عميق ، مما يحتاج معه إلى تهدئة مناسبة .

١٢ — أثناء إجراء هذا البحث كان جميع المرضى قد توقفوا تماماً عن تعاطى العقاقير ، تلقائياً وبالموافقة الضمنية من المعالج .

١٣ — لم ألبأ في هذه المجموعة عامة — وأثناء إجراء هذا البحث خاصة ، إلى الجلسات الكهربائية ، رغم حبي لهذا العلاج وإيماني بسلامته وفاعليته وضرورته في حينه ولغرض محدود ولفترة محدودة ، ولكن في هذه المجموعة ، وبعد أن استتببت العلاقة كنت أفضل معايشة الأعراض التي تظهر أولاً بأول حتى ولو كانت ضلالات أو هلاوس (حالة على) فقد كنت أفضل أن يستوعبها في المجموعة ثم يبيننا في المستشفى ، باعتبار أنها نابعة من الجزء الليم لوجوده ، وأن

هدف العلاج هو مواجهة هذا الجزء واستيعابه وليس تهيمده وإخفائه .

ومعنى ذلك أنى قد أُلجأ إلى الصدمات (واحدة أو اثنتين في العادة) إذا لم تكن علاقة المريض قد استتبت بالمجموعة، أو كان بعيداً عن علاج الوسط الحامئ، وكان التفاعل الذي أنبعث نشاطاً أعنف من قدرته في بداية المواجهة .

وبعد هذه الملاحظات الاكلينيكية العامة أستطيع أن أؤكد أن فروضاً عاجلة قابلة للتحقيق قد ثارت بصدد هذه العلاقة بين هذا العلاج وبين العلاج المضوى ومنها :

١ — إن مفعول العقاقير خاصة — والعلاجات العضوية عامة — هام ، وضرورى أحياناً ، وعامل مساعد غالباً ..
جمع هذا العلاج .

٢ — إن الحاجة إلى العقاقير تمثل مرحلة محدودة في بداية العلاج ثم تقضاهل الحاجة إليها بتقدم العلاج .

٣ - إنها لا تستعمل كمسكن بديل ، ولكنها تستعمل كنظم لنشاط جزء معين ومستوى معين من مستويات المخ في وقت يحتاج فيه هذا النشاط إلى التنظيم حتى يأتي الوقت الذي يمكن استيعابه في الكل المفيد .

٤ - أن هذه العقاقير وخاصة المهدئات العظيمة لا تحتاج لفترة سكون طويلة Latent period كما أنها ليست لها أثر معدى طويل كما يوهننا أصحاب شركات الأدوية ، وكما جاء في كثير من الأبحاث التقليدية .

٥ - إن مفعول جرعة العقار يتناسب مع النشاط المتقابل الذي يعمل عليه العقار (والعقاقير المختلفة عندى لها فاعلية متصاعدة تطورياً كما ذكرت قبلاً) ، وبالتالي فتأثيرها يتوقف على الحالة الوقتية التي يمر بها المريض . لأن هذه الحالة ترتبط مباشرة . يتناسب مستويات نشاط المخ وتأثرها أو تغاورها .

[ومن القواعد المعروفة لعمل العقاقير عامة — وليس
العقاقير النفسية فقط ، أن العقار يلتقطه الجزء النشط المناسب
له في الجسم] .

٦ — إن الميزان الذي يصل إليه المريض بعد فترة المحاولة
والخطأ ، وبعد توضيح الأمر له ابتداء ، هو ميزان دقيق
يمكن الاعتماد عليه في هذا النوع من العلاج ، وأن رأى
المريض — بعد استتباب العلاقة مع العلاج أو المجموعة —
ينبغي أن يؤخذ في الاعتبار .

٧ — إن وظيفة الطبيب هو شرح وجهة نظره في توقيت
وجرعة العقار حتى ولو لم تمثل الحقيقة النهائية ، والمريض
— في هذا العلاج — يتجه إلى ضبط الجرعة من خلال ذلك وهذا
مؤكد اختياره الذي يشمل بذلك التدخل الكيميائي .

٨ — إن النظريات التي تحاول تلخيص المرضى النفس
والعقلي منه بوجه خاص . . . والقصاص بوجه أخص

إلى اضطراب كيميائي هي نظريات — في رأي — دفاعية
 بحتة ، بمعنى أنها تحمي الطبيب أساساً من الرؤية (رؤية ذاته
 ورؤية مأساة الذهان ، ورؤية مضاعفات التطور ورؤية
 ألم الوجود) وبالرغم من ذلك فإن معرفة التغير الكيميائي
المصاحب لهذه التفاعلات الكيميائية، والمضاعفات التطورية
 وكذلك التغير السابق لظهورها (دون أن يكون سببها مباشرة)
 واللاحق لمواجهتها (دون أن يكون مسئولاً عنها مباشرة) هو من
 أهم وأخطر المعلومات التي ينبغي أن يلم بها الممارس في كل
 لحظة ... كما أنه ينبغي أن يلم بالتغيرات الكيميائية المحتملة
 مع كل تفاعل دوائي .

(٢) علاقة هذا العلاج بأنواع العلاجات الأخرى

غير العضوية :

١ — العلاج الجمعي عامة ..

وهنا ينبغي أن أقر أنه ليس عندي ما أضيفه هنا
 لما جاء به الباحث في هذا الصدد ، إلا أنني أشعر بالشكر

(مع بعض الدهشة) إذ علمنى هذا البحث من خلال هذه الجهد الفائق مدى التشابه بين ما أفعل ، وما يجرى معاصراً لنا فى العالم حتى تاريخه (كما هو واضح من حضانة المراجع التى استند إليها) إلا أن لى تحفظات يسيرة وهامة فى نفس الوقت مثل التأكيد على أنه ليس علاجاً تلفيقياً (من كل بستان زهرة) ولا هو علاج انتقائى Eclectic ولكنه ذو شخصية مستقلة رغم أنها تأليفية ، واستقلالها يأتى من ارتباطها بشخص المعالج وخبرته ، وتأليفها يأتى من تفاعلها الجدلى تاريخياً من مقومات متنوعة ومختلفة ومتعارضة أحياناً وكذلك من ارتباطها بالموالفة الجدلية المتصاعدة التى تفرضها على المعالج والمتعالجين فى آن واحد .

٢ - العلاج النفسى الفردى : فى رأى - كما ألمحت

إلى سابقاً - أن العلاج النفسى الفردى لا يتعارض مع هذا النوع وإن كنت أميل إلى أن اعتبره مرحلة تمهيدية مناسبة ، ولكنه

ليس مناسباً - في أغلب الأحيان - أن يستمر مع استمرار
مثل هذه الجلسات الجماعية.

٣ - العلاج العائلي : هناك علاقة مباشرة بالعلاج
العائلي Family Therapy سواء كان العلاج
الزواجي Marital Therapy (في المجموعة ثلاثة أزواج
Paira وقد أفاد الباحث في طبيعة دور هذا العلاج في إصلاح
العلاقة ومحاولة إرسائها على مستوى أعلى) أو كان علاج الأسرة
باعتبار أن مريض أحدها هو مجرد عرض لمرض العلاقات
الأسرية (راجع حالة « علي » بوجه خاص ، وكذلك : حسام) .
وتناول الأسرة بهذا الشكل الكامل بعيداً عن الجلسات
هو ما أسميته « سدة الثغرات » حتى لا يستعمل أحد أفراد
الأسرة سلبيات المرض لصالح توازنه الشخصي ، وكذلك
لا يجد المريض من يسمح له بتوقف مسيرة المحاولة نحو
الاستقلال والنمو .

٤ - علاج الوسط :

لاحظنا أنه في بعض الحالات الذهانية الشديدة يحتاج المريض أثناء تفاعله العنيف في مثل هذا العلاج إلى وسط يفهم طبيعة العلاج ، ويحيطه ويحميه فيما بين الجلسات ، وينبغي أن تكون الروح السائدة في علاج الوسط المكمل لهذا العلاج هي نفس روح العلاج وأهدافه تقريبا .

٥ - العمل العلاجي :

وهذا العلاج نوع خاص مستحدث من خبرتي وخبرة زملائي بدار المقطم للصحة النفسية ، وليس هو ما يعرف بالعلاج بالعمل ، فهنا يقوم الطبيب والمعالج والمرضى بنفس العمل وبنفس المدة ولا يكون المعالج مجرد موجه أو مشرف - والعمل بدني في العادة - وله نفس فائدة هذا العلاج الجمعي وفكرته ، وقد وصفته تفصيلا في مكان آخر ، وهو متناسب تماما مع نوعية العلاقات في هذه المجموعة التي قام

بعض أفرادها بالمشاركة فيه مع المعالج في الحقل عدة مرات ،
وهو يسير في نفس اتجاه علاج الوسط .

ثانيا : علاقة هذا العلاج بالمدارس النفسية المعاصرة :

ذكر الباحث في أكثر من موضع - واستشهد بغيره
في - أن العلاج النفسي في النهاية ، هو المعالج ذاته ، ولكني
هنا أضيف - بعد موافقتي على ذلك كما أسلفت - أن المعالج
هو مجموعة من مكونات شخصية واقتصادية وحضارية
 واجتماعية وثقافية ، وبديهي أن العامل الأخير (الثقافية)
يتعلق بمسيرة فرعه عامة من الناحيتين التطبيقية والنظرية ،
ولا أستطيع - ولا يمكن - أن أزمع أن هذا العلاج ليس
له خلفية نظرية نشطة ، بل إنى كدت أعتبر أن اختفاء النظرية
فيه قد يكون من مآخذه .. ، ولست هنا في مجال تفصيل
أبناذ فكري النظرى ومصادره - وإن كان موجز ذلك واردا
في الجزء الثانى من هذا النكتيب - ولكنى كما حذرت

في البداية أتهز الفرصة لأحدد رؤوس المواضيع كما هو الحال في هذه المقدمة عامة فأقول :

إن هذا العلاج له علاقة مباشرة وعملية بمدارس في علم النفس ، والطب النفسي (تاركا المدارس الفلسفية مؤقتا لأنني أفردت لها جزءا خاصا) صنعت فكري ، أو بتعبير أصدق تلاقى مع فكري وأثرته ، وأهمها :

١. — المدرسة العضوية : وقد يجب القارئ كيف أن مثل هذا العلاج الذي يبدو بعيداً كل البعد عن المفهوم العضوي (إذ أنه مشحون بالآراء النظرية والتفسير ومواجهة مشا كل السكينونة ، وطبيعة اختيار نوع الوجود لدرجة اختيار الذهان ذاته) كيف أن هذا العلاج تابع أساساً من فكر أقرب ما يكون إلى الفكر المادى ولكن في أرق أشكال تطور المادة ، وهو نشاط المخ البشرى فيما يسمى « النفس » ، ولا أعلن سرا أنى لا أستطيع أن أفهم أى مقولة فكرية دون أن أتصورها في نشاط الجهاز العصبي بالمعنى الشامل

من أول حركات الشعيرات العصبية *neurofibriles* داخل الخلية (بل قبل ذلك في حركة البروتوبلازم .. و ترتيبات جزيئات أحماض الريبونيوكلريك ومشتقاته) إلى آخر تناسق النصفين الكرويين معاً عبر الجسم للندمل أثناء الإبداع الفنى ، وقد أخرجتنى دائماً هذه الرؤية العنيفة لأنها كانت تضطرنى أحياناً إلى تصورات لا تحتملها المعلومات المتاحة ..

ولسكن كيف للفروض العاملة أن تنشأ دون هذه التصورات ؟

وقد يرجع هذا الاتجاه إلى ما يقابل نظرية علم النفس الشعورى *Psychologie de la Conscience* التى استمد منها هنرى إى نظرية المضوية الدينامية *Orgno - Dynamisme* إلا أنى لأعنى الوقوف عند فكر «إى» العظيم تحديداً ، بل إن إيمانى يمتد من الأصول التى أخذ عنها إى وهى فكر أستاذ الأعصاب الفيلسوف «هو جليج جاكسون» *Huglig Jason* ماراً بإشارات «ساندور رادو» حتى «إى» ثم عبر كل ذلك إلى التصور الذى ألفت إليه فى موقع آخر من تحديد الفكر

التحليل الخاص بالعلاقة بالموضوع في مستويات اللغ تطورياً ،
كل هذا بتصور مادي واضح يربط تطور الحياة بتطور
النوع بتطور الفرد بأزمة الجنون بتطور الفكرة والإبداع ،

ورغم كل هذا الإيمان بالمادة .. فإنى أعترف أنى لم أفق
كثيراً عند فكر بافلوف ربما لتتصير منى وربما احتجاجاً
على التجزئىء الغالب عليه ... ، أما الذى أكل إصرارى
على التمسك بهذا الاحتمال المادى الواضح فهو التجارب
الحديثة التى قام بها متشورين بالاتحاد السوفيتى وتلاميذه
ومن أهمهم ليسنكو ليحيى بها فكر لامارك ويرجح —
بل يكاد يؤكد — أن العادات المكتسبة قابلة للتوريث ...

إن هذا الخيط المتصل بالحمل بالتفكير للمادى العضوى
البيولوجى كان دائماً موجهى لنظرية الطب النفسى التطورى
(وراجع الجزء الثانى) وتطبيقه فى مجال العلاج النفسى
الجمعى بهذه الصورة قيد البحث ، لأن مهمة مثل هذا العلاج

العنيف — من خلال هذا التصور — كانت واضحة لدى
بالنسبة لمن يكمل الطريق ، وهى تأزر مستويات المنخ فى كل
جديد يبشر باستمرار مسيرة التطور بل ويمكن أن يثرى
وجودنا عرضاً ويرتقى بوجودنا طولاً ، وإن كان هذا مهمة
العلاج من وجهة نظرية بحثه ، فهى ليست غايته لكل فرد
كما أوضحت ، وكما سيرد بعد .

وكأنى كنت أتصور — وما زلت — أن مثل هذا
العلاج هو التطبيق التجريبي العملى للوعى بحركة التطور
البشرى ، (وخاصة بعد أن انتقلت المجموعة إلى مجموعة بحث)
وهو يعلن مسئولية فرعنا هذا عن المشاركة فيها من واقع
الفكر المضوى البيولوجى .^١ فى نفس الوقت الذى
أصر فيه أن هذه المحاولة التطورية ما دامت جادة ولو بعض
الوقت فإن أى توقف دون تحقيق هدفها النهائى هو مكسب
علاجى ناجح ليس أقل من كل المحاولات العلاجية المروية
الأخرى .

٢ - المدرسة التحليلية الإنجليزية الحديثة (العلاقة

الموضوع Object Relational) وإن كفت ابتداءً لا أميل إلى استعمال كلمة « الموضوع » كترجمة لهذه المدرسة وأفضل استعمال تعبير « العلاقة بالآخر » ، وقد أثرت هذه المدرسة في فكري بوجه خاص ، وخاصة التطورات التي أضافها جانترب على فكر فيرييرن للقابل لفكر ميلاني كلاين والمكمل والمعاصر لها ، والذي أفادني وأثراني من هذه المدرسة دو الترتيب المتتالي لمراحل النمو : الموقع الشيزويدي Schizoid Position ثم الموقع البارانويدي Paranoid Position (وإن كانت أغلب الكتابات لا تفصلهما عن بعضهما) ثم الموقع الاكثياني (ثم الكمون أو العصائية كما تصورت إكمالاً للمراحل) ، ورغم أن هذا الفكر التحليلي قد نشأ من الهجوم على ما أسموه بيولوجية فرويد ، فإن استقبالي له كان حسب ما أزمى فكري المضوي استقبالا بيولوجياً صرفاً ، وقد لاحظ الباحث من

خلال بحثه كيف أن هذه المدرسة تمثل العمود الفقري لهذا العلاج ، كما أُلح في أكثر من موقع طبيعة الانتمال من المرحلة الشيزويدية الاعتمادية إلى المرحلة البارانونيدية العدوانية إلى المرحلة الاكتئابية الولايفية أثناء العلاج ومن خلاله ، وفي رأي أن هذا الاكتشاف هو إضافة لفكري وتأكيد لتأثير هذه المدرسة على ، وصدقها في نفسى ، وإن كانت لم تطبق في هذا المجال (العلاج الجمعى خاصة) من قبل على قدر ما وصل إلى من مقابعات ..

فإذا كان البحث قد أظهر أن هذه المراحل تتالى بهذا التناسق والترتيب أثناء العلاج ، فإنه يعنى ضمنا أنها إعادة ولادة ، فهي إذا تكرار لمراحل نمو الطفل وبالتالى تعديل لمسارها ، ولسكنى من واقع تفكيرى البيولوجى أقول إنها بالتالى تكرار لتاريخ النوع البيولوجى الحيوى عبر ملايين السنين ، لأنى قدرت فى تحويرى لهذه النظرية أن طبيعة هذه اللواقف ليست نابعة من موقف الأم من الطفل بقدر ما هي

موجودة وكامنة ومقابلة لمراحل تطور الحياة عامة والنوع
البشرى خاصة وأن كل ما تفعله بيئة الطفل (بما في ذلك الأم)
هو بسط Unfolding هذه الطرق للتواجد في الحياة وشحنها
بشحنات موقوته تتوقف على احتياج الأم (والبيئة) لهذه
الطريقة أو تلك من الوجود، وعلى قدر تناسب الاستعداد
الكامن مع الشحن العاطفى قوة وزمناً، يكون توتف
الطفل وتشبعه بهذه الطريقة أو تلك في الوجود (الموقع
الشـيـزويدي أو الموقع البارانونيدي ... الخ)،
ومن ثم استعداده إلى النكوص إلى أيهما
عند الضغوط ... ، إذاً فالاستعداد بيولوجى
أساساً وهو لا يتعارض أبداً مع دور البيئة
بل إنه يحتل البيئة مسئولية أكبر؛ هى مسئولية تعديل
البيولوجى إن لزم الأمر، وكان هذا العلاج، من وجهة
النظر هذه، هو بطريقة ما: « ممارسة عملية لإعادة الولادة

للـفـرد... فى ظروف أكثر تلاؤماً، واماخيار أكثر وعياً

وتفاعل أكثر ثراء .. ليستطيع الفرد من خلاله أن يعيد

تنظيم مستويات جهازه العصبي ثم يعيد الولاف بينها ليصلح

ما أفسدته البيئة .. بل قد يصلح كذلك ما أفسده الدهر (١)

من سلال الإيمان بإمكان انتقال العادات المكتسبة .

٣ — التحليل التفاعلاتي : حين أعلنت هذا التفكير

التطوري المحدد في الجهاز العصبي ، وحاولت أن أسلسل

مفهوماته ، وبدأت أناقشه في اجتماعات صباح الخميس بالقصر

العيني ، أحضر لي الزميل الدكتور مصطفى السوداني الرئيس

كتاباً عن التحليل التفاعلاتي لإريك بيرن ، وكان ذلك منذ

حوالي ست سنوات ، ولم أعره كبير اهتمام رغم أن الزميل

قدمه لي على أنه يحوي فكراً مقارباً لفكري ، غير أنني

أحسست أنه فكر مبسط أكثر من اللازم ، ولسكني في

تتبعي لحركة العلاج النفسي بعد ذلك علمت أن هذه المدرسة

قد انتشرت في الولايات المتحدة بشكل طاع وكاسح ودعوة

بين العامة حتى بلغت مبيعات كتاب « الألعاب التي يلعبها
الناس » Games People Play لإريك بيرن أيضاً مبلغاً

وضعه في عداد أكثر الكتب انتشاراً ، رغم أنه في الحقيقة

كتاب على شديد العمق (أعمق من الكتاب شارح النظرية

رغم بساطته) فرجعت ألوم نفسي على استهانتي المسبقة بهذا

الفكر العظيم الذي ظاهره التبسيط وحقيقته العمق الإبداعي

الأصيل ، وبدأت أنهل من هذا النهر العذب السلس حتى

أتيت على كل ما وصل إلى من أعمال بيرن (وهي محدودة

للأسف) ثم لبعض تلاميذه .

واسكن حدث ماخفت منه من تسطيع وتشويه للنظرية

بين أبدى المتعجلين وذلك لما بدى لهم من بساطة النظرية

ظاهرياً حتى أصبحت — في تصوري — مهرباً مضحكاً من

مواجهة ضرورة التأليف بين كيانات الإنسان التي افترضها

بيرن في كل واحد... ، أي أصبحت تفكيكا للإنسان

أكثر منها تألياً له ...

وبالرغم من ذلك فهذه النظرية لها فضل على فكرى
فى أنها حددت فكرتين كانتا قد بدأتا تتكونان فى عقلى :

الأولى : أن الإنسان هو عدة أناسى وليس عدة أجزاء
(وقد نبعت هذه الفكرة أساساً فى الفكر التحليل الذى
أشرت إليه فى الفقرة ٢) . والثانية : وكانت نابعة من التفكير
المضوى أساساً وهى أن هذه الأناسى عبارة عن نشاطات
لمستويات المخ المختلفة (وقد أخذ إريك بيرن هذا الاحتمال
من تجارب بينفسلد على المخ) والحق أقول أنى استغرقت
فى ممارسة هذا العلاج بطريقة التحليل التفاعلاتى فترة من الزمن
مع هذه المجموعة بوجه خاص ، ولكنى فوجئت بأنى
قد أكتفى بعملية « فض اشتباك » ولا أكلها إلى عملية
ولاف حقيقى على مستوى أعلى ، وبالتالى فإن فضج الأفراد
معرض للإعاقة فعلاً ، وعند ذلك الحين اعتبرت أن أسلوب
هذه المدرسة يصلح لمرحلة محدودة فى العلاج موضوع البحث ،

ولكن التماذى فيه معطل ، فلا بد من المواجهة للولاف
الأعلى بعد مرحلة فض الاشتبك مباشرة .

وأعتقد أن إريك بيرن كان يعرف هذا الولاى
الأعلى وكتب عنه بوضوح فيما أسماه الذى للتكامل
Integrated Adult حيث تلتحم فيه الصفات الطفلية فى شكل
المواطف الصادقة التلقائية ، والوظائف الوالدية فى شكل
الأخلاق الذاتية . إلزمة مع حسابات الواقع الهادئة المستقرة ،
ورغم وضوح هذا الولاى الأعلى لديه إلا أنه كان من
التواضع والواقعية بحيث لم يشر إلى طريق تحقيق هذا النشل
الرائع ولم يوص به ، بل إنه بالنسبة للفتى* العماذى .

* فضلت استعمال كلمة « الفتى » بدلا من كلمة اليافع أو الناشئ ،
ولشأنهم أن الفتى هو الشاب المحدث ولكن جاء فى لسان العرب
« ... قال الفتى ليس الفتى بمعنى الشاب والمحدث وإنما هو بمعنى الكامل
الجازل من الرجال ، يدلك على ذلك قول الشاعر :

إن الفتى حال كل لملة ليس الفتى بمنعم الشبان

Normal Adult قد أقر بأنه لا يفهمه جيداً بالنسبة لغيره
من حالات الأنا.

٤ - نظرية الجشطات : (المرتبطة بنظرية المجال
« اليفين » أيضاً).

وقد أثرت في (وفي هذا العلاج بالتالي) هذه النظرية
بتطبيقاتها في نظرية المجال خاصة : من جانبين : أما من
الناحية النظرية فقد تلاقت معها في طبيعة الإدراك الكلي
قبل الجزئي ، والاستيعاب الكامل الذي يبدو حدسياً
لعلاقات المجال والمثير قبل مرحلة تحليله ، وقد كان لهذا
الاستيعاب (الحدسي) الكلي أثره المباشر في إقبال على :

(أ) استيعاب الأعراض في « كل » نوعية وجود الفرد

(ب) استيعاب الفرد في « كل » المجموعة .

(ج) استيعاب المجموعة في « كل » المجتمع .

(د) استيعاب المجتمع في كل العالم .

(هـ) استيعاب المرحلة المعاصرة في « كل » تاريخ التطور

البيولوجي والاجتماعي .

وقد اكتشفت أن اتساع هذه الدوائر كان نتيجة تلقائية
لاتساع دائرة الوعي من خلال المواجهة المستمرة مع تناقضات
المرض وتناقضاتي ، ولم يكن نتيجة اقتناعي بالفكر الجشتالتي
ابتداءً ، وأظن أن هذا التسلسل العكسي لا يصلح على حد
خبرتي ، حتى لا أكاد أقول أن الوعي بهذا الإدراك السكلي
يرتبط أساساً بدرجة نمو الفرد أكثر من ارتباطه
بدرجة إيمانه به ، وهو يتناوب مع الإدراك الجزئي
في مراحل النمو ويكمل أحدهما الآخر بحيث لا يمكن إذا
أغلقت الدائرة أن نهزم بضرورة أسبقية أحدهما (ولكن
هذا حديث آخر) ، وبالنسبة لهذا العلاج فإن هذا النوع
من الإدراك واتساع دائرة الانتباه حتى لتكاد تصل إلى
دائرة كاملة تشمل الخلف هو من أهم صفات العلاج اللازمة

وخاصة إذا بلغ عدد المجموعة في جلسة واحدة ستة عشر فرداً كما يحدث أحياناً في هذه المجموعة ، ولم يكن للعلاج مساعداً ، وهذا الإدراك الكلى يسمح بملاحظة التفاصيل الجزئية في نفس الوقت ، وهذا يشمل إدراك الكلمات في نفس اللحظة التي يلحظ فيها لمة الجسم في نفس اللحظة التي يترجم بها احتجاج العينين ... الخ ..

أما الجانب الثاني من مدرسة الجشتالات ، فهو الجانب التطبيقي ، الذي شاع تحت اسم «العلاج الجشتالتي» ، ولو أن العلاقة هنا بين نظرية الجشتالات وتطبيقاتها في هذا العلاج علاقة واهية نسبياً . . . اللهم إلا فيما يتعلق بفضل الشكل عن الأرضية ، والهجوم على الوعي النامض وتمحيده ، وبتمهيق الانتباه على أحد جانبي المجال بالنتائج ، لتحمل الاختيار بين البدائل ثم المسؤولية . . . وقد كان هذا الأسلوب عاملاً فعالاً دائماً في هذا العلاج قيد البحث ، أما بالنسبة لما حواه العلاج الجشتالتي عامة — ثم شطحات زعيم مدرسته (بيرلز)

خاصة — من مبالغات تفري بالبعد عن الواقع فإنى لم أصل إليها أبداً حيث أنى أدركت نهايتها من واقع خبرتى ومن تصريحات بيرلز نفسه الذى بدأ برفض التحليل النفسى ثم برفض العلاج الفردى برمته ثم أعلن قرب لا جدوى العلاج الجمعى . . ثم أصبح يميل إلى خلق مجتمع خاص يمارس فيه الانسان بشريته بصدق . . . الخ .

قد أيقنت أن هذا الطريق لن ينتهى إلا بعزلة صوفية أو «هيتية» وكلاماً وأوهام طوبائية بعيدة عن المجتمع والخاص، ولعل أهم فرق بين العلاج الجشتالتى (بيرلز بوجه خاص) وبين هذا العلاج قيد البحث هو عمق ارتباطه بالواقع ارتباطاً دائماً ومباشراً بحيث يصبح لا مناص من الولا ف الأعلى Higher Synthesis أو على الأقل الحرب منه بوعى نسي واختفاء الأعراض دون أوهام انشعابية طوبائية خادعة ، وقد قدم الباحث فى هذا السبيل أمثلة متعددة وملحة على

مدى رفض المجموعة والمعالج هذا الانسحاب المثالي أو وصف
المجتمع العادى بالدونية أو السطحية رغم اغترابه وانسحاقه... الخ

٦. — كارل جوستاف يونج :

ولا يمكن أن ننقل من هذه الفقرة عن العلاقة مع
المدارس النفسية دون إعلان العلاقة المباشرة بين « روح »
هذا العلاج (إن صح التعبير) وبين إيمان يونج (ولا أقول
نظريته) فإن عمق هذا الرائد القذلم يصل إليه أحد...
وبالتالى فإن وحدته ما زالت مفروضة عليه حتى بعد موته ،
وحق اليونجيون المحدثون... أكاد أخشى منهم على فكره
أن يسطحوه بالتعجل والحماس ، ولا بد أن أعترف هنا أن
مفهومه عن التفرد Individuation لا يبعد عن ذهني في لحظة
من اللحظات ، كما أن أعماق اللا شعور كما قدمها بمحتواها
الجمعي ومخزونها الأثري... كل ذلك كان وما زال زادى
وأنا أنتقل إلى مراتب أعق وأعمق في نفسي ونفس هذه
المجموعة من خلال هذا العلاج ، وإن لم يظهر ذلك بوضوح

في التفاعل المباشر للدرجة التي جعلت الباحث لا يفتنه إليها
فإن ذلك كله كان دائماً وراء الهدف النهائي والعمق المغامر
الذي يصف المجموعة شمولياً ، ورغم أن الباحث يعرف علاقته
العاطفية بهذا الرائد الفذ ، فإنه التزم بأمانة تحليل المادة التي
أمامه دون أن يتأثر بمعرفته المسبقة عنى ، فتخطى هذه الحائقة
لأنها لم ترد مباشرة في مفردات البحث ، وأرى أنه محق
تماماً من وجهة نظره .

٧ — سيجموند فرويد والتخيل الكلاسيكي :

اعتاد الباحث ألا يبدؤوا ذكر نظرية جديدة ، أو فكر
جديد ، أو تكنيك جديد إلا بالإشارة إلى إلهامات فرويد
للسبقة بأى منها ، وهناك ما يقابل ذلك في طقوس بعض الديانات ،
وحتى في هذا البحث فقد ذكر الباحث أن اجتهادات فرويد
الأسبوعية مع تلاميذه كانت نوعاً من العلاج الجمعي ،
ولأن كنت أجد في هذا بعض المبالغة ، لأن أى أستاذ صادق

في أى فرع (الكيمياء مثلاً) إنما يعالج تلاميذه بتعليمهم
وحثهم على الأمانة والاقتراب من الموضوعية وكونه قدوة
لهم الخ ، إلا أنى لا أستطيع إلا أن أعترف له بالفضل على
فكرى عامة وفكرى العامل في هذا العلاج خاصة . . لا من
حيث التكنيك ، فهذا العلاج أبعد ما يكون في هذا السبيل
عن تكنيك وروح التحليل النفسى ، وإنما من حيث استعمال
بعض أفكاره الرائدة ولكن بأسلوب هذا العلاج
الخاص . . ، وأخص بالذكر هذا الثراء الرائع الذى أرانا به
حين وصف الحيل الدفاعية بالتفصيل ، ولعل قارى هذا
البحث يلاحظ إلى أى مدى كانت لعبة « الإستناط »
تُكشَف وتُفسر ، ويساعد ذلك في استبصار لاعبيها ،
كما يلاحظ كذلك كيف يعمل ميكانيزم « التقمص بالمعدى »
الذى وصفته أنا فرويد في التقمص بالتهر الخارجى ، ورفضه
تظهر الأعراض ، ثم يفض العلاج الاشتباك مع هذا التهر
لينتقل إلى التقمص بالمعالج ، والمريض يستقبله على أنه معتدٍ

على حربيته وكيانه لفترة ما ، ثم يتمصه فتختفي الأعراض
مؤقتاً نتيجة لهذا التتمص الجديد ، ثم يكتشفه بعد ذلك ،
ليظهر العدوان صريحاً على المعالج . . . وهكذا ، كل
ذلك يتم بروح التحليل النفسى وبفضل ما أوضح حول هذه
المفاهيم .



وأخيراً فإنى أجدنى مضطراً أن أقف عند هذا الحد لأنه
لا يمكن أن ينتهى ، فإنى أكاد أقر أنى لم يمر على سمعى
أو بصرى معلومة أو طريقة إلا وأثرت فى فكرى رفضاً
أو قبولاً تجربة واختباراً ، فلا أستطيع أن أنكر مثلاً تأثير
ما وراء فكرة الصرخة الأولى لجانوف ، ولا جوهر العلاج
السلوكى وتأكيده السلوك المرغوب واضمحلال السلوك المرضى
عن طريق العلاج أو المجموعة ككل ، وقد أشار إلى ذلك
الباحث كثيراً ، ولا التفكير الإنسانى لماسلو وتساعد

الدوافع، (وإن كنت أحب أن أشير إلى أن مدرسة علم النفس الإنساني بصفة عامة كان يغلب عليها التنظير دون الطريقة العلاجية المحددة) ... أو علاج إحياء للعنى لفرانكل، ... إلى آخر كل من حاول فهم الإنسان جزءاً أم كلاً، قطاعاً مستعرضاً أم طولياً دائماً التطور ليجتمع كل هذا في فاعلية متلاحمة ليصنع فكر ووجود للعالم الذي هو - في البداية والنهاية - العلاج .



ثالثاً : علاقة هذا العلاج ببعض المدارس الفلسفية :

كان العنوان الذي سطرته في المسودة هو « علاقة هذا العلاج بالفلسفة » وأعله ما زال أقرب إلى ، ولكن لأنني أتقدم إلى هذا الحديث متردداً وجلاً ، فقد فضلت أن أستبدل بكلمة الفلسفة تعبير « بعض المدارس الفلسفية » كمدخل متواضع لأؤجل فتح النار على بعض الوقت ، فأنا أنتظر أن يأتيني الهجوم من أكثر من مصدر ، بل من المصدر وتقيضه أي

من محبي الفلسفة، ومن رافضيهامعاً (أو بالأصح الخائفين منها) ،
أما محبوها فقد يثارون حين يتصورون أن شخصاً مثل
 - بقصوره وتقصيره - قد دخل بحراهم بلا استئذان وبلا
 استعداد كاف ، والحقيقة أنى ما دخلت بحراهم دعياً
 أو متخطياً ولكنهم أول من يعلمون ثمن الرؤية ..
 وضربتها .. وعيها ومصير حابسيها ، وقد أكون في هذا
 السبيل مجرد خادم طفل يحمل الماء المقدس بحراهم إن
 رضوا .. ، أما الفريق الرافض (أى الخائف) فأغلبه من
 الزملاء الأطباء وكثير من غلساء النفس الذين ستثور
 حساسيتهم (بالمعنى الطبى المادى Allergy) عند ذكر
 كلمة فلسفة ... ولسان حالهم يقول « ما لهذا الدعى يريد أن
 يرجع بنا إلى الغموض والتعميم .. ونحن ما صدقنا أن
 وجدنا المعمل والتحديد » ؟ وأحاول أن أذكر زملائي
 الأطباء بقول أينما أبى قراط « أن كل ما يصلح للطب
 يصلح للفلسفة وما يصلح للفلسفة يصلح للطب ... الخ »

ولكنى أكاد أسمعهم يرددون أن هذا كلام قد مضى عهده
 وأسأل أجهزة الأشعة والتشخيص الصوتى ... الخ فالتفت إلى
 علماء النفس الرافضين لاذكّرهم أن هذا البتر التعسفى بين
 علمهم وبين الفلسفة قد جنى على الاثنين فيأتينى الرد تحيلاً
 « .. بل هو ارتقى بعلم النفس إلى العلوم المحددة
 Science Exacte » وأكاد أسمعهم يكمّلون « وترك
 الفلاسفة في غيابات التأمل » ، ولا أطيل بعد هذه العجالة
 الضرورية ولكنى أقول أنه بالرغم من هذا وذاك فلا بد
 من قول كلمة أعتقد أنها الحق الشخصى فى هذه الآونة .



فقد عرفت الفلسفة من ممارسة مهنتى - وأعتذر لأهلها
 ثانية - ووصلت إلى بعض مسائلها مواجهةً ، ومحاولة حلّ
 من خلال تحدّى مرضائى وهم يتذفون فى وجهى بمشاكل
 الوجود والصيرورة وأنا لا أجرو أن أسبى هذا أو ذاك
 بالعرض الشائع « أفكار شبه فلسفية » ، بل إنى توصلت

من خلال حوار حى معهم وتفاعل وتجارب بشرية إلى بعض مفاهيم كان لا يمكن أن أصل إليها من خلال القراءة مهما بلغت ، (ومنها مفهوم الديقالكتيك كما سيأتى بعد) . إذاً فأنا قد فرض على أن أقرب من هذا المحذور فرضاً ، لا للتهاهى أو الادعاء .

هذه واحدة ، أما الثانية فتتجه إلى تعريف الفلسفة ذاته ، حيث يتصور كثير من الناس كل تصور عن ماهية الفلسفة إلا حقيقتها ، وقضية تعريف الفلسفة قضية طويلة ، هل هي الحكمة أم حب الحكمة ، وهل هي دراسة المعارف أم أصل المعارف ، وهل هي علم الوجود أم علم الموجودات أم ليست علماً أصلاً ، وهل هي دراسة القيم الجزئية أم دراسة النسق الفكرى المتكامل أم هي النشاط العقلى ذاته ، وهل هي معرفة الواقع أم ما هو ليس واقع ... إلى آخر هذه الحيرة الخيفة ، ولكنى خرجت من هذه لدوامه بإيماني بثلاث حقائق أو آراء .

أولاً : أن حب الحكمة غير ادعاء الحكمة ، وأن الفلسفة غير التفلسف ، وأن كل ما يمكن أن نتعلمه ونفعله هو التفلسف وليست الفلسفة ، وبالتالي فالذى يصعب علينا هو التفلسف والذى يخيفنا هو الفلسفة .

ثانياً : أن قول أحد الوضعيين المنطقيين مؤخراً « .. إن الجمع بين العلم والفلسفة أصبح ضرورة لا غنى عنها ، وأن الفصل الذى تم بينهما فى غضون القرن التاسع عشر كان له أسوأ النتائج على العلم والفلسفة على السواء » هو قول أصدق ما يكون على علمنا هذا .

ثالثاً : أن معرفة الفلسفة هى ممارسة أساساً ثم تنظير لاحق ، وأنه بغير احتمال شجاعة هذه الممارسة فإننا سنمارس عملية عكسية هى وأد كل محاولة فلسفية متواضعة لحساب الشعور بالنقص والخوف (ولا أنسى أستاذنا محمد كامل حسين وقد وقع فى قبضة عملاقنا العقاد ينعتة بالمجبرانى لأنه تجرأ وكتب رؤيته المتواضعة فى « وحدة المعرفة ») .

وأخيراً — ومن واقع مهنتي لا بد أن أوضح رؤيتي
كقائمة تبرر ما أنا مقبل عليه من ربط الفلسفة (لا التفلسف) بهذا
العلاج ، فأقدم مفهوماً خطر بيالى كطنل حامل للماء المقدس
لأهله . . ليس إلا :

« الفلسفة هي المحاولة المستمرة المتجددة للحياة المغامرة
في اتجاه معين ، في لحظة ما . . إذ يتغير هذا الاتجاه دائماً مع
استمرار المحاولة . . ، ويصحب ذلك عادة درجة من التنظير
المعرفي مع احتمال مخاطر الخداع اللغوي عند التعبير لنقل هذه
المحاولة إلى الآخرين . . ، كما يصحبه دائماً تأليف مستمر بين
متناقضات الوجود وتجميع مبسط لجزئيات المعلومات
(أو العلوم) في مبادئ أولية بسيطة ، تتفق مع الاتجاه الآتي ،
وقد تتغير بتغيره . »

إذاً فالفلسفة مرادفة عندي للحياة النابضة للإنسان
إذ هو متناه يسمى إلى اللا متناه مستعملاً في ذلك منكبسه

التطورية وخاصة الرمز والتجريد والإبداع في رحلة وجودية
صيرورية معرفية مغامرة .

فإذا تأملنا هذا الذي انتهت إليه وراجعنا هذا البحث
في أناة لوجدنا أبطالنا جميعاً فلاسفة (بالممارسة) ، وكل
ما يَحَسُّهم حَقُّهم هو أنهم أجهضوا المحاولة بالفشل والعجز
والشكوى إذ ظهرت الأعراض وجاءوا يعطرون باب
العلاج . . . ، وإني إذ ألقى بهذا القول بهذه الدرجة من
الوضوح لا أجد تعارضاً بينه وبين ما قلت في فقرة التزاي
وإيماني بالتفكير العضوي البيوجي ، بل على النقيض من
ذلك أجده مكمل له تماماً ، فإني أعيش على أمل أن يفلسف
الأطباء وهم يخطون خطواتهم المتواضعة في الحياة اليومية
العملية بمعارفهم العضوية الثرية من كيمياء وطبيعة
وفسيولوجي . . . الخ ، وأن يخوض الفلاسفة دنيا البيولوجي
في غير تردد ، وقد فعلها منهم الكثيرون وأثروا معارفنا
الطبيعية والرياضية بلا حدود . . .

وقبل أن أدخل في موضوعنا مباشرة أشير أخيراً إلى
أنى تصورت يقيناً أن أغلب الفلاسفة عبر القرون كانوا يحلمون
بمعمل للأفكار : يحققون فيه أفكارهم ويتحققون منها
ويؤادون غيرها ما أمكن ، كما أن بعضهم قد تمثل أن هذا
المعمل هو الحياة العامة - والسياسية بالذات مثل حلم أفلاطون
بالمملكة الفيلسوف (ومحاولاته) وكذلك محاولات الماركسيين
مؤخراً . . . ، وأعتقد أن كثيراً مما أصاب الفلسفة على أيدي
أبنائها كان نتيجة للحماس لهذا الحلم وللتعجل في تحقيقه .

وقد كادت الفلسفة كبعث في الوجود أو القيم وتعريف
بالإنسان أن تنتهى على أيدي الذى خدعوا في العملية
السطحية من بيبكون إلى الوضعين المنطقيين ، إلى علماء
النفس ، ورغم ذلك فإن في هذا وحده دليل على إلحاح هذا
الحلم ، ولكنى لا أزال أرى أن حلمهم ما زال قابلاً
للتحقيق ولكن ليس في معمل بالمواصفات الشائعة الآن ،

ولا في تجربة سياسية اقتصادية شاملة لن يستوعبها الأغلب
وقد يشوهونها تعجلاً أيضاً .

وأكد أقول أني أثناء هذا العلاج قد خيل إلي أحياناً
أنني في مثل هذا العمل ، بل تطور تصوري أنه ليس معيلاً
لاختبار الأفكار فحسب بل إنه مصنع أيضاً لممارستي هذه
الأفكار . . أو مصنع للفلسفة (بالمعنى الأعمق ولكنه
لا ينبغي أن يكون مغضباً للمتفلسفين بحال) . . . وكنت
أرجع دائماً ومباشرة إلى مقاييسي المحددة (زوال الأعراض ،
والإنتاج والتكيف والالتزام . . الخ) ، وقد لاحظت
بعض المترددين ذلك وهاجموني بشجاعة وصراحة بشأنه
وأنهم ليسوا إلا فئران التجارب ، ولم أنكر ذلك ولم أتخل
عن مسئوليتي ، ولكن ردي كان « أن الفلسفة قد فرضت
علينا لظهور الأعراض ومجيشكم ، وبالتالي فليس أمامنا إلا

للمواجهة حتى وإن شملت التجريب . . وعلى من ينسحب

أن يفعل ذلك على حسابه . . ولحسابه » .

هذا عن علاقة هذا العلاج بالفلسفة من حيث هي الحياة وهو ما يخص العنوان الذي ألفيته (والذي كان في المسودة)
فإذا عن علاقة هذا العلاج ببعض المدارس الفلسفية كما أصبح العنوان بعد التعديل ؟ .

ذكر الباحث في نهايه بحثه أن روح هذا العلاج التكاملية يقابل عليها الفلسفة الوجودية من جانبها الايجابي ، والحقيقة أن هذا هو الإيجاء الذي يقبدر إلى الذهن إزاء هذا الاتجاه العلاجي بصفة عامة ، وأكاد أشعر برفض جزئي لهذا التصنيف . . . (الذي امتد إلى مجالات أخرى من نشاطى الفكرى حيث وضعنى استاذى الدكتور عسكر ذات مرة في هذا الاتجاه . . . وكذلك وصفنى من قراء واروايتى « المشى على الصراط » . . . الخ) .

. ولا بد أن أناش هنا مدعاة رأيهم ومصدر اعتراضى ،
فهذا الباحث (وغيره ممن علق على اتجاهى فى المهنة وغيرها)

لهم كل الحق حين ينظرون إلى القضية التي أتناولها من خلال ممارساتي أنها قضية كيانية تتعلق بالوجود وجوهره ، وهذا صحيح حتى أني أتجهت في مرحلة من تفكيري (حيرة طبيب نفسي) إلى تصنيف الأمراض النفسية إلى أمراض كيانية (وهي مركز اهتمامي) وأمراض تكيفية (وهي على هامش انقباهاي ...) .

وأول احتجاج مني هو أن الفكر الوجودي يبدأ من حقولة الوجود قبل الماهية تأكيداً للاختيار وأن الانسان صانع نفسه ، ولكني قد أشرت فعلاً (وخاصة في مناقشة مدرسة «العلاقة بالآخر») أني أضع الماهية الكامنة أساساً لما يحدث فيما بعد ، وكان الوجود يحور للماهية بشكل محدود بتفاعل المكان والزمان معاً ولكنه لا يصنعها ابتداءً ، وقد بلغ من إيماني بهذا الاستعداد القَبلي أني أصبحت قبل في هذه الشأن فكر ماسلو الذي اتهم بالعودة إلى إحياء نظرية

الغرائز فيما أعماه « فريك » في حوار معه « النظرية شبه
 الغرائزية Instinctoid Theory ... » ، وأنا أميل إلى
 إحياء مفهوم الغرائز فعلا على أساس اعتبارين ، أولا : إيماني
 بالتطور وأن عادات اليوم هي غرائز المستقبل وغرائز اليوم
 هي عادات الماضي ... الخ وثانيا : إيماني بواقع الانسان
 وقدراته المحدودة في عمره الفردي رغم قدراته غير المحدودة
 في تاريخ نوعه .. ، وبالرغم من هذا فقد فضلت أن استعمل كما
 ذكر الباحث تعبیر «إمتداد الذات» Self expansion (الذي
 استعمله أريتي) عن تعبیر «تحقيق الذات» Self actualisation
 الذي (استعمله ماسلو) ، ذلك لأنني بالرغم من يقيني أن الوجود
 يحدد مسار الماهية ولا يصنعها ، فاني لا أوافق أنه يحقق الماهية
 وإنما هو يطلتها للامتداد بل للموافقة الأعلى .. وكانت المشكلة
 التي تعينني وتحدد نوع ممارستي ليست مشكلة الوجود بمعنى أن
 أن تكون أو لا تكون To be or not to be ولكن لكنها
 مشكلة الصيرورة To be or to become ، ولكن الصيرورة

لا تحل محل ضرورة تحقيق الوجود أولا ولكنها تنبئ منه، لأن
التفكر إلى العيصورة دون تحقيق الوجود مهرب من مواجهة
المشكلة الأولى للوجود، وكذلك الاكتفاء بتحقيق الوجود
أملاً في الانطلاق التلقائي قد يوقفنا في خدعة «الها والآن»
بعيداً عن الاسهام بمسيرة التطور طولاً في التاريخ وعرضاً
في الناس .

فإذا كان هذا العلاج ليس وجودياً في روحه كما ذهب
الباحث ولكنه وجودي في آثره - صيروري في هدفه، فإن
الطريق إلى تحقيق غايته هو طريق الجدال إلى المستمر...
(وسأرجع إلى معنى الجدال حالاً) .

وهنا أتوقف قليلاً قبل أن أستطرد لأسمع همس الأطباء
(العمليين) القائل: أين العلاج النفسي الجارى أو غيره من
كل هذا ؟ ..

والتساؤل الثانى : ألا يشوه هذا التفسير الفلسفى

مسيرة العلاج النفسى ويخرجه عن هدفه ، أو يفرض عليه

ما ليس له ؟

والرد على هذين التساولين الهامين أقول :

١ - إن هذه المشاكل الكيانية والصوروية موجودة عند الشخمن العاذى وهى ليست مشاكل خاصة بالمتفلسين أبداً .

٢ - إن المرض النفسى - وهذا النوع بالذات الذى تمثله هذه المجموعة - فى تقديرى هو إمواجهة عنيفة غير محسوبة (لدرجة الإخلال) ، مع هذه المشاكل الحية التى يعيشها الأسمى أو المتعلم على حد سواء .

٣ - إن وعى العلاج بها ومعايشتها هو ممارسة الفلسفة ، أى الحياة ، ولكن الوقوف عند عقلنتها - وهو مرفوض بكل وسيلة كما بدا من جلسات العلاج - هو الخطر الحقيقى على مسيرة العلاج ..

٤ - إن وعى للعالج بها ، وتحديد موقفه منها ، هو السبيل الوحيد لإثارة وعى مقابل من جهة المرضى يساعد في تحديد موقف مسئول تجاه ما فرضته التغيرات البيولوجية المتعلقة بالنمو واستثارة الوعي .

٥ - أن المتقنع لما جاء في الجلسات البعثة هادئ يجد أن مسيرة العلاج النابعة من المشاكل المطروحة وكذلك قواعد العلاج التي استنتجها الباحث تتصل اتصالاً مباشراً بمشاكل الفلاسفة الحية ، التي إذا كنا قد نجحنا في الحرب منها فيما يسمى العلم ، فإن هؤلاء المرضى أجأوا يذكرونها بها من واقع مأساة وجودهم ، وليس أمامنا إلا أن نواجه مسئوليتنا تجاهها ... أو أن ندمهم وننفهم هرباً مما يمكن أن يثروه مما هو داخلنا فعلاً حتى لا يهددونا بالرؤية أو يدفعونا إلى المحاولة .

٦ — إن الأعراض التي جاءت بالمريض إلى العلاج كانت تزول أو تهدد بالزوال على الأقل بمجرد إرجاعها إلى أصلها وهي مشكلة الوجود أو فلسفته .

٧ — إن المشاكل التي أثرت طوال الجلسات المعروضة ، والقواعد التي اتبعت لم تعتمد ترجيح فلسفة بذاتها أو تلزم المعالج أو أحد المترددين على رأى محدد بقدر ما أفاضت أغلب وجهات النظر الفلسفية المعروفة في بساطة دون أن ترجعها إلى أصلها الفلسفي بلغة مفترية بحال من الأحوال . وذلك خوفاً من العقلنة (أو بلغة هذه الفقرة : إحلال التفلسف مكان الفلسفة) وأورد هنا بعض الأمثلة التي تؤيد هذه الفقرة ، ولكن على من يريد من القراء أن يبحث بنفسه فإنه لا بد واجد طوال البحث غيرها كثيراً بشكل مباشر أو غير مباشر ونورد هنا عدة أمثلة في شكل تساؤلات تقريرية :

(أ) ألم يلاحظ المتتبع للمناقشات ما يشبه مبدأ « التهم والتوليد » الذي اتبعه سقراط للوصول إلى الحقائق ، وقد

ظهر هذا جلياً في رفض الإجابة على الأسئلة أحياناً وقبلها
جلاً إخبارية أحياناً وفي طرح أسئلة مقابلة أحياناً أخرى .
(ب) ألم يبد جلياً أن العلاج كان يهدف إلى تأكيد
افتراض أن لكل مشكلة جانبيين يكادان يتساويان في
القوة وأن على الفرد أن يفحصهما من خلال العلاج ليرجع
أحدهما في مرحلة ما ، وأن الدفاع عن كل منهما بنفس القوة
كان يتم من خلال المناقشات ، والانشطار ، والسيكودراما ،
أفلا يقترب ذلك مما جاء في محاورة بارمنيدس حيث يقول
أفلاطون « إن لكل مشكلة جانبيين ويمكن الدفاع عن
أيهما بمثل القوة التي تدافع بها عن الآخر » .

(ج) أليس في مبدأ رفض الثروة والجدل العقلي (الردشة)
الذي تقر في كل جلسة تقريباً No?Gossip-principle ما يقابل
النقد الموجب ، للسفسطائيين عندما ذهب فكرم إلى درجة أن
أصبحت غاية التفكير هي الانتصار على الآخر وليس
الوصول للحقيقة ..

(د) أليس في الهجوم على الموقف الحسكى لأحد الأفراد Judgemental Attitude ما يؤيد ، ولو بدرجة طفيفة موقف الشاك يرون حين يؤكد أنه : لا مجال للحكم على شيء ، بل لعل وراء موقف بعض البيرونيين المتطرفين الذى وصل إلى رفض الكلام نهائياً ما دام الحكم لا قيمة له .. لعل هذا الموقف الغريب فيه إجماع ضمنى للتواصل دون كلام الأمر الذى أثير في المجموعة وناقشه الباحث بوضوح .

(هـ) أليس في التأكيد على الحرية والاختيار والمسئولية ما يؤكد المبدأ الأساسى فى الفلسفة الوجودية وهو أن الوجود يخلق نفسه باستمرار ، وأن الانسان هو حريته .

(و) أليس فى محاولة الانتقال من الحب الفردى والعلاقة التكافلية المعطلة إلى حب الآخرين دون تمييز ما يشير إلى موقف أفلاطون من الحب ، ذلك الموقف الذى أسىء فهمه أشد الإساءة . بزعم أنه « عذرى » أو « مثالى » .. الخ

(ز) أليس في مبدأ « أنا - أنت » ، وسعى المجموعة في إصرار إلى كسر التعوصل حول الذات ما يؤيد أن الوجود الفردى لا بد له أن يتناسق مع الوجود العام ، الأمر الذى ناقشه هيدجر تحت مفهوم « التواصل » ويأسبرز تحت مفهوم « الأنث » .

(ح) أليس في التأكيد على ضرورة خوض تجربة حية كأساس للشفاء أى للنمو والتغير ما يقابل رأى جابريل مارسيل في ضرورة العودة باستمرار إلى تلك الخبرة الأولى ..

(ط) ألم نشاهد في الجلسات تكرار محاولة « البداية الجديدة من تجربة حية » بما يؤيد الرأى الوجودى المقابل سواء كانت تجربة مغامرة لإظهار الضعف والاعتماد (ما يقابل هشاشة النفس عند ياسبرز *La Fragilité de l'être*) أو تجربة سقوط الدفاعات القديمة قبل ظهور البديل أى الاقتراب من المأزق (ما يقابل الغثيان *La nausée* عند سارتر) . ١ .

(ي) أليس في إعلان الحاجات اللذية للسكان الطفل
 أو أحيانا الوالدى - بلغة إريك بيرن - أوجها معاً إذ يتلوها ..
 ما يعلن اتجاه المدرسة الأبيقورية في تقديس مبدأ اللذة . ؟
 (ك) ألم نستشعر ظهور مبدأ البراجماتية في كل آن ،
 لإرجاع كل مسار العلاج إلى الواقع العملى ، ومثال ذلك حين
 تُرفض البصيرة العقلانية ، ويصر المعالج والمجموعة على الوصول
 إلى البصيرة الحقيقية التى تستقر فى القلب ويصدقها العمل . .
 أليس فى كل ذلك ما يؤكد المبدأ البراجماتى من أن الفكر
 غافى بطبيعته ، وأن المعرفة لا ينبغي أن تكون إلا أداة فى
 خدمة العمل . . ؟

(ل) أليس فى محاولة تصعيد الإدراك لدى أفراد المجموعة :
 من استقبال الآخرين والأشياء باعتبارهم « موضوعات ذاتية »
 Self/object إلى استقبالهم باعتبارهم « كيانات موضوعية »
 Real object ، ما يأتى بنا دون هوادة فى خضم نظرية المعرفة

Epistemology بأواجهها الملائمة بين المثالية والواقعية وقد استعمل الباحث هذه التعبيرات ببساطة لأنه استقاها من مصدر من مصادر التحليل النفسى، ولكن وراءها ما وراءها من إثارة مشا كل معرفية رهيبة، إلا أن استقبال المرضى لهذا التحول كان سلساً دون تنظير، مما يدل على أن « التجريب الفلسفى » ممكن بالصورة التى صورتها فى أول هذه الفقرة، بل هو قد أكد لى فعلاً تطور الإدراك من الذاتية إلى الموضوعية ليس فقط بالطريقة التى اقترحها « كانت » فى مثاليته النقدية (التى لم أفهمها إلا من خلال نظرية تنظيم المعلومات للعقل الالكترونى Information processing theory) ولكنها أقرب ما تكون - أيضاً - إلى تصاعد مراتب الوعى عند هيجل فى ممارسة تجريبية عملية .. وقد كان هذا يتم تحت ناظرى فى انبهار مذهل (هذا هو الإنسان فى أصول وجوده وحركة صيرورته (١) .

(م) وأخيراً وليس آخراً : أليس في ما يجري في هذه المجموعة ما يؤكد ، بل ويحقق فكرة الديالكتيك كأساس لمسيرة التطور كما نادى هيرقليطس إلى هيجل فاركس ؟ وقد ذكر الباحث إشارات متتالية إلى ما أسمياه مرحلة الولا ف Synthesis .



إذا ... نحن لم نفرض مشاكل الفلسفة على العلاج ، ولكن العلاج هو الذى أحيانا مشاكل الفلسفة في نفوسنا ، فكيف نهرب منها حتى تحت وهم تلخيص كيميائى أو عضوى (رغم تأكيدى نية إلى أنه لا تناقض بين إقارة مشكلة فلسفية حقيقية وبين تغير كيميائى سابق أو لاحق .. بل إن النظرة الأعمق تؤكد ضرورة هذا التلازم ..) .

وقد قدم البحث — من خلال هذا العلاج — ما أسميناه « بالتجريب الفلسفى » (وسيظهر هذا جلياً في عمل

لاحق حين أنشر جلسة بكل ما دار فيها من تفاصيل (وهذا التجريب بالمعنى الخاص به يحقق بعض المقولات الفلسفية مثل ضرورة الجدل الحيوى كأساس للنمو ، وينفى بعضها مثل قدرة الهيدونية الأبيقورية على الاستمرار ، ويحدد مرحلة بعضها مثل صلاحية الفلسفة البراجماتية كمرحلة عاجلة قبل الانطلاق إلى برجماتية تطورية أعمق وأبعد امتداداً على مستوى النوع كله ... الخ ... وإذا كان علم النفس التجريبي قد حدد تعريف التجربة في إطار لم يسمح إلا بدراسة جزئيات السلوك في الحيوان أكثر من الإنسان فإنى أدعو إلى فتح الباب لمواجهة مشكلة البشر تجريبياً على مستوى أكثر مسئولية وأشرف معاناة ..



أما بالنسبة لموقفى الشخصى وكيف يمكن أن أوام بين رؤية أو معايشة فلسفية محددة وبين وظيفتى العلاجية المنقوحة فإنى أجد نفسى ملزماً بإعادة ماسبق أن كررته مراراً ، وهو

أن تحديد هدف وجودي ، والهدف النهائي من تصوّري
لوجود الآخرين ، بل والطريقة التي يمكن أن توصل إلى هذا
وذلك لا يعنى بحال من الأحوال أن أى مرتبة دون ذلك
مرفوضة أو غير صالحة لأن تسمى صحة نفسية ، بل بالعكس
فإنى أعلنت أن « كلهم أضحاء » ما دام التوازن
على أى مستوى قائم (وذلك فى نظريتي عن مستويات الصحة
النفسية) ولكننى أقول : [إن على من يتوقف ؛ أن يفعلها
بمحض إرادته وعلى مسئوليته ويدعى ، وبالتالي يصل إلى
توازن شخصى .. بل وبقي نفسه من تطلع جديد مهدد ،
اللهم إلا إذا استعد له استعداداً أفضل ، وهذا يحدث
بالنسبة للذين انقطعوا عن العلاج فترة تزيد عن سنة ثم عادوا
لا بسبب ظهور الأعراض .. ولكن « ليكلوا » ، على حد
قولهم ، وقد جاءت أمثلة عديدة لهذا الموقف فى هذا البحث .
وموقفى من العلاج كما أعلنته هو أنه « إعادة إحياء
ديالكتيك النمو » وهو مرتبط برأى فى النمو النفسى الذى

خطبت له وبدأت كتابته عن « دياكتيك الجهاز العصبي ونفس الحياة الإنسانية » (راجع أيضا الجزء الثاني) وأكاد أقول إن فهم « إحياء دياكتيك النمو » لا يتم إلا بمعرفة ماهو الدياكتيك أصلا ، الأمر الذي يخرج عن هذا المجال في تقديم هذا البحث ، إلا أن الباحث ذكر في أكثر من موضع أن هذا المريض أو ذاك قد وقف مضطرا لاختراق صعوبة ضرورة الولا ف الأعلى Higher Synthesis ، والحق أقول أن الباحث لم يرجع لي في هذا الاستنتاج يستوضحه ، وبالتالي لم أجد ما يدعو إلى مساءلته إن كان يدرك حقيقة ما يتصوره أم لا ، وإن كنت لا أعتقد في هذه المرحلة من نموه أنه يلم تماما بعملية الجدل إلى الدائرة والضرورة لمسيرة العلاج والحياة جميعا ، ..



وبما أن هذه الفكرة هي عصب موقفي العلاجى والحياتى

مما (ولا يمكن فصلهما كما يتنا) فإنني أضعها ضمن « رؤوس
الموضوعات » التي أؤزم نفسي بتقديمها في هذه المرحلة من
بداية تحديد فكري فأقول :

حين قدمت أفراد المجموعة قلت أنهم علموني أن الإنسان
« ... هو الكائن دائم المحاولة الواحية إلى الرقي ، رغم
وعيه الآن بضرورة الاستقرار الرحلى » وهذا هو أول مراحل
مواجهة الموقف الإنسانى المتناقض ، وبالتالى المتطلب
للولاى على المستوى الأعلى ..

فالتطور حتى من حيث المبدأ ، ولكنه لا يشمل
بالضرورة كل أفراد النوع ، وإلا لا تفرض كل ما هو
دون الإنسان من أول الفيروس إلى القرود العليا ، وهذا
ينبها إلى أن المسيرة طولية تتغير فيها الأجناس ، وعرضية
في نفس الوقت يتكاثر فيها الجنس بنفس نوعيته ، والبقاء
إذاً ليس للأصلح ولا للأقوى ، ولكن البقاء ، بالنسبة للقطاع
المرضى ، للأهرب (الذى تجنب مواجهة تغير ظروف البيئة

بالحرب منها) أما بالنسبة للقطاع الطولى فالبقاء للأقدر ،

(الذى استطاع أن يستوعب هذا التغير ليتغير من خلاله

ويغيره مما ليصنعا ولأفا جديداً فى الإطار الكلى يلائم

ظروف النوع الجديد) والإنسان ، بما أنه الكائن الذى

نعرف أنه قد حمل أمانة الوعى ، يعرف ذلك بدرجة تختلف

وصولها إلى وعيه حسب مرحلة تطوره ، وهو يحاول أن يسير

فى الاتجاهين معاً (بالتناوب عادة) بالتلاحم مرة والجدل أخرى.

والمرض النفسى (العقلى خاصة) — عندى — هو بعض

مضاعفات هذه المسيرة وهذا التناقض المتصادم ولا يمكن

أن نفهمه ، ونساعد بالتالى فى علاجه ، إلا إذا ارتبطت

الحلقات ببعضها — بمعنى إذا فهمنا تطور الحياة ، الذى هو

تطور الفرد فى نموه (قانون هيكىل أو القانون الحيوى) ،

الذى هو تطور الفرد فى «اندفاعات التطور» ، التى أهميتها من

قبل بالما كزوجنى ، الذى هو هو تطور الفكرة فى جزء من ثمانية

(الميكروجنى الذى أشار إليه أربتى ، وهو قد يقابل — عندى —

تطوروعى الفكرة عند هيجل)، وفى كل مرحلة من هذه المراحل فإن الذى يؤكد استمرار المسيرة هو نجاح ما أصميت به الجدل الحيوى أما الذى يعلن ظهور المرض والأعراض فهو فشل هذا الجدل الحيوى . . . ومن ثم احتمال التراجع أو ما يسمى بالتكيف على المستوى الأدنى Adaptation at a lower level وأظن بذلك أننا دون أن نفهم طبيعة هذا الجدل الحيوى ونعائشه سوف يصعب علينا إنجاحه ، علماً بأن إنجاحه هو هدف هذا العلاج قيد البحث . . . وربما هدف الحياة .

وأنا أعترف أن استيعاب واقع الجدل أمر شديد الصعوبة ما لم يمارس فملا فى خبرة ومعايشة ، وأعترف أنى وصلت إليه من احتكاكى بهؤلاء الناس ونفسى قبل أن أقرأ عنه ، وأعترف أنى عذرت كل من شوهه أو تشوه من خلاله ، فليس الجدل حواراً عقلياً كما يتصور البعض (وربما كانت الترجمة مسئولة عن هذا الخلط عند العامة ولذلك أفضل استعمال الأصل اللاتينى

« الديالكتيك ») ، وليس الديالكتيك صراع ضدّين بمعنى « الصراع » Conflict وليس الديالكتيك حلاً توافقياً وسطاً بين المتصارعين ، وليس الديالكتيك احتواء أحد المتصارعين للآخر ، وليس الديالكتيك مبرراً للحفاظ على سلاسل الحياة لاستمرار التناقض ، ولا يسمح الديالكتيك باتفاق ودى يتم لحساب تبادل الأدوار وتناوبها بين المتناقضين ، ولا يتم الديالكتيك بمحاولة إلغاء أحد المتصارعين وإنكاره .. وهذه البدائل جميعاً تصف علاقة اثنين أو جزئين مختلفين أو متضادين ، ولكن العلاقة الديالكتيكية هي أثرى من كل هذا وأشدّ حيوية ومغامرة .

وقد ألفنا أن نتحدث عن النفس بمعنى نشاط المخ

أو بمعنى رمزى بلا تحديد .

أو بمعنى دينامى على أساس وجود قوى متصارعة مع

بعضها .

ولكننا لم نتعود أن نتحدث عنها بمعنى الذاج النامي
النابض الممتد لحركة النمو الديالكتيكي للجهاز العصبي في
احتكاكه المستمر بالبيئة (وخاصة بالآخر الإنساني)
وهذا هو تصور لى لماهية النفس ..

أما ماهية الديالكتيك فإني أجد من الصعب على
أن أنقلها كما عايشتها في كلمات (وأظن أن هيجل قد ظلم من
خلال هذه الصعوبة كذلك) ولكن الضرورة تلزمني بالقول :
« إن الديالكتيك هو حركة المواجهة المتلاحمة الحية
الصادقة بين الأضداد .. التي إذا استمرت في حيوية لوقت
كاف .. دون أن تقضى على الكائن الحى (أو على الشعب
أو على الفكرة) فإنها قادرة على تفعيل هذه الأضداد في كل
جديد أكبر من مجموع أجزائه ، وبالتالي فهذا الكل الجديد
ذو نوعية جديدة وقوانين جديدة ... »

إذا فالديالكتيك الحى ليس فيه غالب ومغلوب ، بل ولا
سلب وإيجاب ، بل ولا حسن وسيء ، وإنما أدنيان إلى أرقى .

ونجاح الديالكتيك هو في أن يكون الكيان الجديد
تمثيلاً واستيعاباً لكل من الكيانين السابقين معاً ، وهو
أمل النمو النفسى باستمرار .

ولاشك أن هذه الفكرة قد خطرت كأمل عند المفكرين
الإنسانيين في علم النفس بل وكرحلة طبيعية في نمو الشخصية
ويظهر هذا واضحاً في تفكير ماسلو ، وحديثه عن مرحلة
اختفاء الاستقطاب بين المنطق والنزوة ، بين الوسيلة والغاية ، بين
الأناية والآثرة .. الخ ما هو إلا حديث عن حل هذا الاستقطاب
Resolution وهو حين يتحدث عن الولا ف Synthesis
يتكلم عن الاتحاد التعاونى Synergic Union ولكن الذى
أعنيه هنا ليس تكرار ألفاظ هذا الأمل ولكن تفسير
حقيقة طبيعته بنحوض التفاعل الديالكتيكى (لا مجرد الاتحاد
أو التعاون) ، ثم الإشارة إلى أن الطريقة محددة للعالم

والبيئة (المحيط) واضحة القوانين هي المناخ الذي يتيح لهذا الديالكتيك الحيوى أن يستمر تصاعداً .

والديالكتيك مراحل متصاعدة وكل وحدة أكبر من سابقتها - ولكنها وسط على الطريق - والوحدة تتم جزئياً : بنجاح ديالكتيكى ، وجزئياً : باحتواء مؤقت الجزء المتبقى من (الذى لم يتم تمثيله) الضدين

وإذا ما استقرت الوحدة الجديدة الأكبر (التى تسمى الولا ف الأعلى Higher Synthesis) لفترة تؤكد فيها نوعيتها ، فإنها قد تلفظ الجزء المحتوى داخلها ليلتحم بالتناقض خارجها وتبدأ صراعاً جديداً ... وهكذا .. وباستمرار هذه العملية وتكرارها يقل هذا الجزء المحتوى بعد كل نجاح أعلى حتى يتلاشى (نظرياً) وهنا يصبح الوجود مطلقاً والتكامل خالداً واللاشعور منعماً ... (راجع أيضاً الجزء الثانى) ، وبما أن هذا الهدف الأبعد هو هدف نظري بالضرورة فالحركة

مستمرة نحو التكامل إلى أبعد مما نستطيع أن ندركه في حياة الإنسان المحدودة حتى الآن .

أما موقع المرض النفسى من هذه الحركة فكما سبق أن ذكرت إن : الأعراض هى مضاعفات الحركة التطورية

الديالكتيكية إذا ما فرضت على الكيان البشرى قبل أن

يستوعب المرحلة السابقة وقبل أن تكون قد استكملت

مقومات نماؤها واستعدادها . (راجع أيضا الجزء الثانى)

وبالتالى فيكون العلاج النفسى هو مساعدة هذه الحركة

التطورية على إتمام هذه المرحلة من الولا ف الأعلى

أو على التراجع عن هذه المحاولة حتى تستعد وتستكمل مقومات

الحركة الناججة فى الخطوة القادمة .



وهكذا نستطيع أن نراجع طبيعة هذا العلاج قيد البحث

من خلال هذا المنظور بأن فعيدنا كيدنا أنه ليس كبتاً ،

ولا قملاً ونمكاً ولا تصالحاً وتبادلاً بين أجزاء أو كيانات

النفس ، وإنما هو يهدف إلى تهيئة الظروف للمساعدة لإنجاح هذه الخطوة التطورية المهددة بالنشل .. وذلك للوصول إلى اللولاب على مستوى أعلى ، وهو يقوم بذلك من خلال الخطوات التالية (بنفس الترتيب عادة)

(أ) تحديد القوى المتصارعة ، وبيان مكوناتها ، من خلال التفاعل والبصيرة ، ولو كانت مجرد البصيرة العقلية ميدانياً .

(ب) ثم فصل مكونات هذه القوى عن بعضها من واقع عمليات الانشطار والسيكودراما والتحليل التركيبي والتعليل التفاعلاتي .

(ج) ثم إعادة مواجهة هذه للقوى مع بعضها البعض ، بهدف آخر غير الصراع وهو إعادة تقييم التناقض والاعتراف بوجودها دون التسليم لتضاد نشاطاتها المعطل ..

(د) ثم الحفاظ على استمرار هذه المواجهة وتصميمها بالدرجة التي تسمح بها دعامة المجموعة وللعالج .

(هـ) ثم إدراك فشل أى من الجانبين على حدة.

(و) ثم الاضطرار بالتالى إلى التعاون فالفاعل بين
كيانات الشخصية ، إذ أن الالتحام على مستوى أعلى ليس
مطلقاً بحال ، بل يتفق مع إمكانيات الفرد ويشتت في هذه
المرحلة بذاتها ، ويتم هذا الالتحام بقبول القوة الدافعة لكل
كيان ثم إعادة توجيهها مع ضدها إلى اتجاه مشترك بما
يقربهما من بعضهما حتى يلتحما في كلٍّ أكبر من أصل
أجزائه .

وهكذا نجد أن هذا العلاج ليس ترجيحاً للأنا
الفرويدى ، ولا للفنى القناعلاقى ، ولا للسلطانية الجشتالتية .
ولمّا هو سعى إلى المرحلة الأعلى من التأليف بين كل هذا .
على أن الدليل الحقيقى على نجاح الولا ف الأعلى هو
القدرة على إدراك أهمية تساوى الضدين المتصارعين رغم
استمرار صراعهما ولكن فى اتجاه اثتلاقى ، ويتمعجب المريض .

أحياناً في هذه المرحلة حين يدرك من واقع الممارسة العلاجية أن الشر لم يعد شراً صرفاً ، والخير لم يعد خيراً صرفاً ، واللذة لم تصبح لذة معطلة ، والأخلاق لم تصبح سيجناً لازماً .. وهذا التغير النوعي (التلقائي عادة وليس التلقيني ، والذي يكتشفه المريض أثناء تغيره ولا يسعى إليه مسبقاً) هو الذي يؤكد مسيرة العلاج إلى اتجاهه السليم وهو الولاف الأعلى . (ولكننا نحذر أن نخلط مفهوم هذا التفاعل الحى الأعلى ، بجميع الموقف بمفهوم هامد مائع لتبرير السلبيات) .

وإن كنا هنا لا بد من أن نعيد إيضاح نقطة هامة وهي أن الهدف النهائي - وهو محاولة التكامل - لا يعلن أبدأ على المتعالجين ، وأن الممارسة الحية لهذه المسيرة من جانب المعالج أساساً هي التي تنقل طبيعة العلاج إليهم ، كما أن قبول المعالج لأى ولاف أعلى (أو حتى تراجع أدنى) هو طبيعة حركة النمو اللولبية .

وما دام الهدف نظرياً وخفياً والمراحل متعددة ومختلفة بالنسبة لكل فرد على حدة ، والتقبل كاملاً دون تفرقة تصنيفية ، والاختبار من جانب المريض أو المتردد متجدداً بحضوره في كل مرة ، فإن التخوف من فرض تصور المعالج ورؤيته للوجود البشرى على المتعالمين يصبح تخوفاً مفيداً ولكن لا ينبغي أن يكون تحذيراً معوقاً ...

* * *

وبعد . .

فإني لأجد مجالاً للاعتذار عن هذا التطويل في الحديث بلغة ليست مأثورة لدى المعالجين ، إلا إن كان ينبغي علينا أن نمنع المرضى من الحديث بهذه اللغة أصلاً أو معايشة محتواها تحت عنوان أنهم يتكلمون كلاماً غامضاً شبه فلسفى . . فإذا فعلنا ذلك فلا بد — أمانة — أن نعيد تقييم موقف مهنتنا الحقيقى من مسيرة التطور والإسهام الحضارى .

رابعاً : علاقة هذا العلاج بالسياسة والدين

لا يمكن أن أنهي هذه المقدمة دون أن أشير إلى
موضوعين هامين شديدي الارتباط بالحياة ومن ثمّ بالعلاج،
ولكنني استسمح القارئ عذراً في أن أوجز فيهما قدر ما يمكن
تطبيقاتهما وطبيعة المقدمة :

أولاً : السياسة :

وفي إيجاز أقول : إن من يمارس هذا العلاج (معالجاً
أو معالِجاً) لا يستطيع بحال أن ينسلخ عن التفاعل السياسي
اليومي ، إلا أنه قد يتعرض في نفس الوقت إلى رؤية احتمال
أن بعض ممارسي العمل السياسي من أفراد المجموعة أو غيرهم
قد يتخذونه مهرباً فردياً من مواجهة مشكلة وجودهم
— وقد نوقش هذا الاحتمال في إحدى جلسات هذا البحث —

كما أن العكس صحيح، إذ أن بعض الذين يركزون على مشاكل وجودهم من خلال أمراضهم قد يتخذون ذلك مهرباً من الالتزام بالمشاركة الإيجابية مع بقية الناس، وقد يعمم العلاج رؤيته هذه دون ترو، وكل ما أستطيع أن أقوله هو أن هذا العلاج مرتبط بالناس أشد الارتباط، ولكنه ليس عملاً سياسياً في ذاته، رغم أنه يسهم في العمل السياسي بطريقة غير مباشرة إذ يعد إنساناً موضوعياً قادراً على الحكم والاختيار والمساهمة اليومية باللغة العادية المتواضعة، وهذا العلاج لم يندفع وراء وهم إطوبائي أغرى «إريك فروم» فترة من الزمن حين تصور أن إعداد الساسة ينبغي أن يتم من خلال كوادر علاجية حتى لا تتيح الفرصة لهارب في السياسة من أزمة وجوده أن يستولى على سلطة تسمح له بتشويه نفسه والناس، لأنني أعتقد أن للهرب في السياسة - إن صح التعبير - فوائد لعامة الناس، والخوف من سلبياته لا ينبغي أن يدمغه، أما الحد

من مخاطره فهو متروك لقوى أخرى تتعلق بدرجة تطور
يشطب مائة وقدوته على ممارسة حريته ومستوليته ، وليس فقط
الحكم معالج أو متعالمين في حجرة مغلقة .

وخلاصة القول أن العمل السياسي ضرورة ذات أهمية بالغة
بالنسبة للمجموع رغم أنها قد تكون مهربا إغاثيا بالنسبة للفرد ،
وأن من يحاول أن يواصل رؤية ذاته قد يصل إلى قبول
التناقض حتى لا يعود قادرا على التشنج السياسي من خلال
الاختلاف والحساس التعصبى ، ولكنه فى نفس الوقت يصبح
ممارسا سياسيا بالضرورة بمعنى ارتباط حياته وفعله وأمله
ويومه وغده بالمجموع مباشرة .

ثانيا : الدين :

أعتقد أنه يلزم للحديث عن هذا الموضوع الحساس الامام
بحقيقة أبعاد أربعة :

أولاً : التصوف الحقيقي - غير الانعزالي - وميزة النمو
الفردى من خلاله .

ثانياً : التجمع الصوفى وأوجه الشبهة والاختلاف بين
علاقة المريد بالشيخ وبين ما يجرى فى هذا العلاج .

ثالثاً : الدراسة المقارنة بين ما يدعو إليه الدين من
« عامل مشترك أعظم بين الناس - عرضاً » ، « وهدف غائى
واحد - طولاً » ، (وجه الله) ، وبين روح المجموعة وغايتها
والأثر الإيجابى لهذا وذاك

رابعاً : الفرق بين الإيمان والتدين والطريق الموصول
بينهما وعلاقة هذا وذاك بما يقابله فى هذه الممارسة .

والحديث عن هذه الأبعاد الأربعة ودراستها المقارنة
يحتاج من الوقت والجهد ما يجعلنا نترك الأمر للمهتمين به ،
لكن تقرير بعض الأساسيات الأولية التى اكتشفها فى
نفسى وفيهم من خلال هذه الممارسة ، هو ضرورة مرحلية

ضمن الإطار العام الذى التزمت به فى هذه المقدمة ، لذلك
أجد [لزاماً على أن أقول :

١ — إنه إذا كانت الصحة النفسية هى التوازن والتناغم
داخل النفس (أى التنسيق والترابط داخل المخ) . . . ومع
المجتمع ، وكان الإيمان هو التوازن والتناغم بين الانسان
وبين الكون ، فإن ارتباطهما عضوى بطبيعة مسيرة التطور .

٢ — إن مفهوم الانسان على أنه الكون الأوسط
Mesocosmos الذى يقع بين الكون الأصغر (الذرة)
Microcosmos والكون الأعظم Macrocosmos ، هو المفهوم
الذى يمكن من خلاله أن يتحقق السعى إلى التناغم ، والأمل
فى التفجير المتواصل للترابط بين هذه الدوائر الثلاث المتماثلة
فى قوانينها والمتضاعفة فى وجودها .

٣ — إن الإلحاد بمعنى فقد التوازن أو إنكاره
مستحيل بيولوجيا ، وكل ما يستطيعه الملحد هو أن يطمس
وعيه خوفاً من رؤية عمق ذاته وجوهرها .

٤ — إن مظاهر هذا الإنكار هو فكر سجين أو ممارسة ميته ، وأنى منهما له مظاهرة في الحياة العامة ، كما أن له مضاعفاته : بلغة الأعراض التي تعلن اختلال التوازن ، أو بلغة مظاهر قتل الاغتراب الجماعى .

٥ — إن الدين الجاهز هو إلزام قد يفيد كإطار يساعد فى السعى إلى التوازن ، ولكنه إذا أسئ استعماله أطفأ كل أصالة بشرية .

٦ — إن علمنا ، وعلاجنا ، إذ تجنبنا الخوض فى الحديث المباشر عن مشا كل الدين وضرورة الإيمان وكدر الإلحاد وصوره ومضاعفاته إنما تجنبنا « لغة أسئ استعمالها » ولكنهما لا يستطيعان بحال أن يهربا من المواجهة الفعلية . . فى الممارسة والتطبيق .

٧ — إن المشكلة الأساسية فى الوجود هى التناغم والإتساق ضد التنافر والنشاز (وليس فقط الذة ضد الألم أو الحياة ضد الموت أو الجنس ضد العدوان) على أنهما

الإتساق والنشاز - ضدان على طرفي محور لولبي، ومشا كل الصحة والمرض ليست في اختيار أيهما . . ولكن في سلامة السمي بينهما .

٨ - إن التعرض لهذه المشكلة الجوهرية باستعمال اللغة الشائعة التي خلت من معناها الأصلي قد يعرضنا لمضاعفات لا سبيل إلى تفاديها مهما بلغ حسن النية أو وضوح الرؤية لذلك ينبغي ممارستها دون حاجة ملحة للتعرض للتخديش عنها صراحة . . . إن صدق العزم .

٩ - إنه لا تعارض بين إيماني المطلق بالأساس العضوي البيولوجي لكل شيء ، وبين إيماني المطلق بإلحل الأوحد في السعي الإثتلافي المتصاعد للتناسق مع الكون الأعظم طوياً وعرضاً مهما اختلفت الأسماء .

فالدين والإيمان وما إليهما ليسوا عندى مشا كل ميتافيزيقية . . بل هي ممارسة فيزيقية يومية ، الأمر الذي ينبغي أن نضعه في بؤرة وعينا .

١٠ — إن الرؤية الإيمانية تفصل بالوعى اليقيني بحقيقتين وهما « الموت للفرد » و « الاستمرار للحياة » ، وهما حقيقتان زمنيتان يقابلهما حقيقتان مستمرتان ألا وهما « ضالة الإنسان » (المرتبطة بضالة الأرض المرتبطة بضالة المجموعة الشمسية .. الخ) ثم « كونه تصغير وتلخيص للكون كله » في نفس اللحظة ، والإدراك اليقيني لكل هذه الحقائق الموضوعية جميعاً في نفس الوقت هو عامل مساعد يسهل للإنسان مساعاه إلى التناسق أبداً . وبالتالي فهو يعمل لاحتالة في مسيرة هذا العلاج وإن لم يعلن عنه ابتداءً ، ولكننا أيضاً لا نتجنب الخوض فيه متى جاء أثناء التفاعل الآني تلقائياً ، وكثيراً ما يحدث ذلك .

١١ — إن « الخوف من الإيمان » هو ظاهرة إنسانية ، لعلمها أعمق وأهم من الخوف من الحرية التي تكلم عنه « إريك فروم » وكذلك من الخوف من الجنس ومن العدوان ومن ثم كبتهما .. الخ ، وقد تكلم عن هذا الخوف من الإيمان أفراد من هذه المجموعة العلاجية قيد البحث بألفاظ مباشرة .. ، ومارسه

آخرون بطريق غير مباشر وأرى أن هذا الخوف الأساسي ،
ينبغي أن يدرس في عمق يتناسب مع خطورته وآثاره على
مسيرة الإنسان التي من بين مضاعفاتها : المرض النفسي .

١٣ - وأخيراً : فإن كل ذلك لا ينبغي أن يفتح شهية
المسطحين لمحاولة إثبات مقولات الدين من خلال مثل هذه
الآراء التي تصدر في مجال على . . . وكأنها الحق . . فهذه
المحاولة التافيقية (بين ظاهر الدين وظاهر العلم) كانت
وستظل مضحكة مفسدة .

كما لا ينبغي كذلك أن يغرى ما ذكرته آنفاً بإضفاء لمسة من
التقديس الكاذب على هذه الممارسة العلاجية المجتهدة المتواضعة .
التي قدمها هذا البحث .

فإن كل ما طرحت هو مجرد إبلاغ لما ظهر لي من زاوية
رؤيتي فيما يتعلق بهذا الأمر بالغ الخطورة والأهمية ، وأعتقد
أنه كان لا بد من إعلان موقفى هذا لأن ذلك يساعد لمحاولة
في تقييم ما قدمه هذا البحث ضمناً .

وبعد

إن أخشى ما أخشاه أن تكون هذه المقدمة التي طالت قد احتوت أكثر مما تحتمل ، وأثارت من المشكلات أكثر مما يستطيع هذا البحث ، أو يلحقه من أبحاث ، أن يردوا عليها ، وكأني بالناس إزاءها أحد فريقين (هما الذان كنت أخشاهما منذ البداية) .

الأول فريق يمثل الأطباء (العمليون) الذين سوف تستفزهم هذه الأغوار البشرية ليقول لسان عالم : مالنا بكل هذا ؟ . . . إن المريض جاء يشكو بكذا وما علينا إلا أن نزيل الشكوى بكيت .

والثاني : فريق المثقفين المتطرفين الذين يتصورون أن دراسة الطبيعة البشرية والمشاكل الفلسفية ينبغي أن تظل في برجها العاجي ، لا يلمسها الإنسان العادي ، ولا تقترب منها الاتجاهات غير المتخصصة .

وأطمئن الفريقين معا . . . فإزديت عن أن أغفلت بعضا مما أعاشه مما وصل إلى وعي . . . تفسيراً أو تبريراً لأفترما جرى ويجرى مع هذه المجموعة التي أذكر القارئ أنها أصبحت «مجموعة بحث» أصلاً بعد أن اختفت الأعراض كما أعلن الباحث . . . وهكذا نجد أنفسنا دائماً في مواجهة حية « أن هذا هو الإنسان . . . » من وجهة نظر ما . . .

ثم نعلن أن عمق الرؤية لا يعنى ولا يتطلب تحقيقها الفوري بما يخل بمسيرة التطور ، ولكن المجز عن تحقيقها لا يثبت فساداً أو خطأها ، وأن المرض النفسى ما هو إلا مضاعفات لمحاولة النمو . . . ومن جانب آخر هو فرصة لمعرفة الأعماق وتخطى المرحلة السابقة . . .

وأن البحث العلمى له أكثر من سبيل . . . ومن بينها هذه المواجهة والتفاعل بين الناس فى الفعل اليومى وتسجيله ومحاولة تفسيره ، وإن على الباحث فى أى مجال أن يعرض وجهة نظره حتى لو تخطت مجال بحثه ، لعل فيها ما يفيد من يستطيع أحسن منه فى مجاله أو فى غير مجاله .

الجزء الثاني

في النظرية والأداة البشرية

مقدمة :

لا شك أنه قد يسوء إلى أى فكر أن يُتقدم في هذه
المجالة بهذا الإيجاز ، ولكن قد يسوء إلى صاحبه أكثر
وإلى الناس ألا يظهر أصلا، وإذا كنت قد أشرت إلى بعض
الأسس النظرية التي أثمرت في طريقة العلاج الجمعي الذي
أقوم به في الجزء الأول من هذا الكتيب .. فقد أحسست
أنى لا بد وأن أرسم الخطوط العامة التي تحدد فكري من
أكثر من جانب وأنا أقدم هذا الجزء الثانى لأكمل
فهرست بعض ما يشغلنى ، وبما أن هذا الكتيب كما أشرت
- وكما شرح مصدره الدكتور أرقت محفوظ - ليس إلا
مقدمة عاجل لما سيأتى بعده ، وفي نفس الوقت هو إلزام بأن

يأتي بعده ما ينبغي في حينه فإني سأقوم هنا بإيضاح بعض جوانب فكري النظرى أساساً مع بعض الارتباطات التطبيقية في أقل نطاق ممكن .

الخطوط العامة

أولاً : الأسس المبدئية :

لكل فكر مصادره الواعية التي بنى عليها نسه، فلا يمكن أن يبدأ فكر من فراغ، ولكن علمنا بوجه خاص له مصادر واعية ومصادر غير واعية وهي جميعاً تؤثر مباشرة على الممارسة وعلى التنظير معاً ، وقد أشرت إلى هذا الأمر في الجزء الأول من هذا السكتيب ولكنني هنا أقول أن على كل منظر أن يسعى إلى توضيح مصادر فكره من خارج ومن داخل ما أمكن ، حتى يتيح للمتابع أن يتف منه موقفاً مختاراً يأخذ ما يريد ويدع ما يشاء .. ، ولن أستطرد في هذا الجزء لذكر المصادر الذاتية التي أوضحت بعضها في الحديث عن نشأ-

هذه الطريقة في العلاج الجمعي ، وسأكتفى هنا بتمداد بعض الأسس المبدئية التي يستند عليها فكري أصلاً .

١ — تمثل نظرية التطور ، (النشوء والارتقاء) دعامة أساسية في وجودي وتفكيري معاً . وبغير وضوح هذه النظرية في عقل ووجدان أى متلق فإنه لا يمكن أن يتواصل مع فكري ، بل في اعتقادي أنه يفتقد الكثير وهو يتواصل مع أى فكر بل وربما أى علم ، وبالرغم من أن هذه النظرية ، التي ترجع حديثاً إلى داروين وولاس معاً ، تكاد تفرض نفسها على كل فكر في عديد من فروع العلم حتى لتكاد تبدو كالبدئية ، إلا أنها — ولا بد من التسليم — لا تزال فرضاً قوياً ليس إلا ... (حتى يرتاح المهاجرون والخائفون معاً) ، ولكن لا يمكن أن يفهم علمنا هذا — الطب النفسي — دون إيمان بهذا الفرض ، والمتصفح لأى كتاب في علم تشريح الجهاز العصبي للقارن لا بد وأن يتساءل كيف يمكن فهم تطور الجهاز العصبي دون إيمان بهذه

النظرية ، فإذا انتقلنا إلى الفيلسوف عالم الأعصاب ، هوجلنج جاكسون وما أضافه في علم الأعصاب والأمراض العصبية نجد أنه يستحيل أن نفهم نظريته ونظرياته دون الإيمان بالنشوء والارتقاء ، وأخيراً فإن فرويد - مثلاً - لم ينس الرجوع إلى هذه النظرية .. ولكنه لم يستطع النوص إلى نبضها وغلب على فكره أخيراً الاهتمام بخبرات الطفولة «الفردية» أساساً.. ولكن تصورى أنه بغير التحام فكره أصلاً بهذا البعد البيولوجى - الذى أخذه عليه تلامذته المحدثون فيما بعد - ما كان ليصل إلى ما وصل إليه على المستوى الفردى ..

وقد سار في هذا الاتجاه التطورى مباشرة كثير من أول ساندور رادو وهنرى إى حتى أوبنهايم والمدرسة السما بالطب النفسى البيولوجى برمتها ، والذى يقرأ الفقرة السابقة يلاحظ أنى ذكرت كلمة «الإيمان» بهذا الفرض وليس مجرد معرفته ، ولم أذكرها اعتباراً لأنى لاحظت فى تدريس

أن من يعرف هذه النظرية تمام المعرفة غير من يؤمن بها
 حتى لينبض بالتناقض التي تحتويه في كل فكر وفي كل رؤية
 وفي كل تفسير ، فالأول يحفظ أشياء تفسر له ظواهره ، والثاني
 يفرس إلى وجود ممتد ينسق فكره ويمتد به دائماً إلى ما قبل ،
 وإلى ما بعد ، وجوده الزمني الضئيل ، وحين كنت أناقش
 من يزعم الإيمان بهذه النظرية عما تعنى بالنسبة لحياته الخاصة
 (مثلاً بالنسبة لتنظيم وقته وعلاقاته واهتماماته في الحياة)
 ويمعز عن أن يجد ارتباطاً مباشراً بين هذا وذاك كنت
 أدرك مدى بسده عن التجاوب مع فكري الذي أريد أن
 أقدمه له ، وقد وجدت أن الصعوبة في الإيمان بهذه النظرية
 (بدلاً عن معرفتها) تكمن أساساً في المعجز عن إدراك
 « وحدة الزمن » التي تتكلم بها هذه النظرية ، فمعمر التطور
 مثلاً يرجع إلى حوالي خمسة آلاف مليون سنة حسب آخر
 رأى وظهور فصيلة الإنسان والقردة العليا احتاج

إلى مرة — • ملايين من السنين ، ونشأة اللغة بدأت منذ
حوالى ما بين ٥٠.٠٠٠ إلى ٥٠٠.٠٠٠ سنة حسب مختلف
التقديرات (١) ... الخ وكل هذه الأرقام قد يسهل قراءتها
والنقاش بها ولكن قد يستحيل تصورهما بنفس الوحدة
الزمنية التي اعتدنا التعامل بها في حياتنا اليومية . أما المصدر
الثانى للصعوبة فهو التهديد الذى يحمله الإيمان بهذه النظرية
وهى - لا محالة - خطورة ، أو ضرورة ، الارتقاء وبالتالي
فإن الكائن الذى يواجه هذه الخطورة كتهديد
لنوعه الحالى وهو بالتالى يناوئه تمام المقاومة حفاظاً على بقائه
العرضى

وهنا لا بد أن نشير إلى طبيعة التطور وأنه يشمل
الحفاظ على النوع وتطوره فى آن واحد ، وأن قوانينه عرصية

(١) رغم أنى لم أترم تحديد أى مرجع فى هذه المقدمة إلا أنى فضلت
أن أورد أربع الحاء بهذه الأرقام لضخمتها وغرابتها عن الأرقام المألوفة
Gershon H. & Leiby S. 1976 is a paper on the evolution
of language, Vol. 1 Raven Press N. Y., U.S.A.

كما هي طولية في آن واحد أيضاً ، ويدون تفصيل نقول أن الفيروس والأميبا مازالا حتى يومنا هذا يحافظان على نوعهما رغم أن الإنسان تطور منهما (أو من أولاد عمومتهما II)، واستيعاب هذا التناقض وحده صعوبة جديدة . . . فما بالك إذا انتقل إلى تهديد مباشر للكيان البشرى الفردى بمجرد وعيه لدرجة الإيمان بهاتين الضرورتين المتناقضتين في آن واحد . .

وحين أذكر أن التطور البيولوجى هو الأساس الأول لفكرى النظرى ، فإنى لا أشير — إذاً — إلى تفاصيل فرض قوى فرضه داروين وغيره فحسب ، ولكنى أؤكد ارتباط الوعى الإيمانى به بالارتباط بمحذور الوجود الممتدة إلى ما قبل النهم الحيوى فى البر وتولابلازم وكذلك ارتباط اليقين الاستشعارى الذى يتعمس تناسق التكامل المستقبلى إذ يتفق نظامه مع نظام الكون الأكبر . . . بالممارسة اليومية لمسا كل النفس فى سوائها واضطرباها .

ويعتبر انتقال العادات المكتسبة بالوراثة جزء هام
من نظرية التطور كما أعتنتها ، وهو محدد لطبيعة تفكيرى
٢ — حتمية ارتباط الوظائف النفسية ومفهوم النفس
بالصفات الحيوية للمادة الحية عامة ، وبالجهاز العصبي

خاصة ، أساسية فى تقديرى ، وذلك مع الاحتفاظ
بمفكرة التيز الوظيفى الذى تنصف به الكائنات العليا
جنباً إلى جنب مع بناي ضرورة التجاوب الكلى الذى
تتميز به الكائنات الدنيا (مادام الإنسان لم يبلغ مرحلة
التكامل بعد ، تلك المرحلة التى تتألف فيها هاتين الخاصتين
فى خاصية ولافية عليا) . وعلى ذلك فإن تحديد الوظائف
تحديداً تشريحيًا فى خلايا المخ هو أعجز من أن يلم بطبيعة
الوظائف النفسية ، كما أن هذا المعجز فى ذاته ليس مثيراً
لتصور أنها ليست — إذاً — من وظائف المخ ، وفى تقديرى
أن ما يمل هذا الإشكل هو أن الوظيفة النفسية «مدى ونسقا»
Extent & Organisation وليس موضعاً Locality ؛

وأن هذا المدى ليس كميّاً فحسب، بل له نسقه للفتش وطرق
 ترابطه الخاصة، ومن خلال هذا المفهوم لا بد أن يعاد النظر
 في المعطيات الجزئية التي أغرت البعض بتحديد الوظائف
 النفسية تحديداً يشبه تحديد وظائف الحس والحركة... وأنا
 لا أرفض هذه المعطيات الجزئية ولكنها ينبغي أن تعتبر
 جزءاً من الكل الجديد بلغة « المدى » و « النسق » معاً،
 وهنا لا بد من إشارة عابرة إلى أن النصل بين الوظائف
 النفسية هو فصل تعسفي إذا بولغ في حقيقته أو إلزامه، وأن
 وجهة النظر التي ترتبط « بالمدى والنسق » لا بد وأن تشمل
 أكثر من وظيفة في نفس الوقت، وكان أغلب النصل بين
 الوظائف النفسية كان فصلاً لغوياً للتواصل والتنسيق أكثر
 منه تعبيراً عن حقائق بيولوجية مستقلة بذاتها.

ولتوضيح هذا المفهوم الأشمل نورد هنا بعض ملامح
 إعادة النظر في الوظائف النفسية بلغة « المدى والنسق » مع
 الاعتذار عن عدم التفصيل، فنقول إنه يمكن ترتيب الوظائف

النفسية حسب شمول مداها ووحدة نسقها ودرجة تميز تفاصيلها من الأعم إلى الأخص رغم اختلاف طبيعة كل مجموعة كالتالى :

(أ) الوظائف الوسادية *Matrix Functions* وهى الدعامة الشاملة الأساسية أو الأرضية التى تحدث داخل إطارها بقية الوظائف ، وأعنى بها الشعور *Consciousness* والوعى *Awareness* (وتشمل النوم كأحد صورها ... الخ)

(ب) وظائف الطاقة (أو الوظائف الدوافعة) *Motivating Functions* وأعنى بها الوظائف الخاصة بإطلاق الطاقة الحيوية فى هذا الاتجاه أو ذاك ، وهذه الوظائف تشمل بلغة علم النفس العام : المواقف والانفعالات والدوافع (والفرائز : لمن يجرؤ على استعمال هذه اللغة المضطهدة) ، أما بلغة « نقط الانبعاث » *Pace maker* والكيانات النفسية فإن هذه المنطقة تشمل مختلف حالات الأنا *Ego States* وكل حالة تطلق طاقة خاصة بها لما معالم سلوكية محددة وتتم ارتباطات الوظائف التالية فى اتجاه محدد .. وهكذا .

(ج) وظائف الارتباط والتعبير والتواصل

وَأَعْنَى Associative, expressive & relating Functions

بها الوظائف التي تشمل التعلم والتذكر والتفكير الترابطي

والتعبير اللغوي . . الخ

وبنظرة سريعة إلى هذا الترتيب نجد أن الوظيفة الأولى

أساسية وشاملة لما بعدها (الثانية والثالثة) والوظيفة الثانية

دافعة وباعثة لما بعدها ، والوظيفة الثالثة تفصيلية ومحددة .

ورغم أن هذا المجال لاسبيل فيه لتفصيل هذا الاستطراد

إلى أنه ينبغي ذكر أن هذا التميز إلى هذه المستويات

المتداخلة يسبقه مرحلة « لا تميز » حيث تختلط فيها الوظائف

ببعضها ومثال ذلك أن الإدراك خارج نطاق الإحساس

Extra - Sensory Perception هو في شكله البدائي وظيفة

قبلية غير مميزة ، (لذلك فإن أفضل تسميته في هذه المرحلة

Pre-sensory perception) ، أقول إن هذه الظاهرة

تشمل الثلاث مستويات « معاً » قبل أن تتميز ودية للاحقوا

فهي ظاهرة وسادية (عامل الحدس فيها) دوافعية (شحنها العاطفية المتزجة) ارتباطية (ما يميزها من إدراك) في نفس الوقت .

وعلى الطرف الآخر من تصاعد نمو هذه المستويات نجد أن المرحلة التالية لهذا التمييز التلاحقي هي وُلاف أعلى يشمل الثلاث مستويات معاً ولكن على أرق نطاق وتشمل هذه المرحلة الوظائف الوُلافية مثل الإرادة والإبداع (التفكير البُتراجلي *Meta associative Thinking*)

وهكذا أردت أن أوضح في هذه المجالة معنى الحديث بلفظ « المدى والنسق » بالنسبة للوظائف (مع إشارة جانبية إلى طبيعة مراحل النمو من اللاتمييز إلى التمييز التلاحقي الاحتوائى إلى الالتحام الوُلافى .

٣ — العلاقات بين المستويات المختلفة في المنح علاقات دينامية تركيبية *Dynamic correlative relations* وليست علاقات سببية خطية *Linear-causal relation* (أو ميكانيكية)

وبالتالى فإن مستويات المخ (المقابلة لمستويات التطور) إنما تتنافس وتتبادل وتتصارع وتتقابل بشكل متداخل ومركب بحيث نحتاج إلى عمق صبور حتى نلم بطبيعة هذه العلاقات دون الاكتفاء بسطحية الارتباطات الظاهرة . . .

٤ - إن تطور وظيفة المخ - ومن قبل تطور تركيبه - إنما يتم بانتقال العلاقة الدينامية التركيبية إلى علاقة ديبالكتيكية جدلية تبدأ بالتناقض وتنتهى بالولاف الأعلى ، وقد أشرت إلى هذه النقطة فى الجزء الأول ولكن دون تفصيل لنمو وظيفة المخ ، وكل ما أؤكد هنا أن طبيعة نمو المخ البشرى تطورياً وحالاً لا يمكن أن تدرك بتعقيداتها الهائلة إلا من خلال استيعاب فكرة الولاف الديبالكتيكي المتصاعد ، وعلى ذلك فيكون من أهم مصادر التنظير لدى هو استيعاب فكرة الديبالكتيك كما أشرت فى الجزء الأول .

٥ - إن ضرورة ارتباط المفهوم الطبى بالبراهمانى والميكانيكى معاً بمفهوم كل مرتبط بالوعى والوجود يعتبر

حتمًا لا مفر منه ويتطلب استعمال أساليب «كلية» مثل لغة بعض الفلاسفة، و«تركيبية» مثل لغة الرياضة الحديثة والطبيعة الحديثة.

٦ — الرجوع إلى نظرية الطاقة : من دعائم فكري الأساسية أن ترتبط بلغة «الطاقة البشرية الأساسية» والطاقة الحية خاصة، مما يقابل استعمال فرويد مثلًا لكلمة «ليبيدو» رغم اصطباغها عنده بالمفهوم الشامل للجنس، وربما بما يقترب من فكر برجسون عن الطاقة الحيوية.. الخ، وقد ثار العلماء في السنين الأخيرة لمصوِّرم أن هذا الحديث «عن طاقة ما» هو ضرب من البعد عن المعطيات العلمية المحددة التي حاولوا أن يحسوها في المشبك العصب وفي بضعة هرمونات عصبية، ثم فصلها دون عشرات غيرها تعمل في نفس الوقت، بل إنهم في ثورتهم هذه أنكروا الفرائز أصلًا، ولكنني أصر على أن الحديث بلغة الطاقة ليس حديثًا مبدعًا فيزيقيًا أو ضربًا من المتعدين، بل إن الحياة هي أصلًا تشكيل للطاقة في شكل بيولوجي كيميائي، ومفهوم الطاقة ونحوها مفهوم مباشر وأساسي

من أول تحول الطاقة الشمسية إلى طاقة كيميائية في النبات إلى تحول الطاقة الكيميائية المرتبطة بالرباط النوسفاتي ذى الطاقة العالية في مركبات ثنائى وثلاثى فوسفات الأدينوزين (ADP & ATP) إلى طاقة فيزيائية . . ، فلماذا لا نفكر في تحول الطاقة الكيميائية إلى طاقة نفسية وبالعكس ، أليس هذا أقرب ما يكون إلى التفكير العلمى الموحّد ؟ وبالتالى فإن تحويل مفهوم الفرائز والمواطف عندى إلى مفاهيم ارتباطات كيميائية وحيوية (كلية تركيبية) نوعية ذات طاقة وذات مسارات سلوكية وجودية ذات دلالة ، يعتبر من أعمدة تفكيرى النهى عليه هذا التنظيم .

ثانياً : الخطوط العامة للنمو الإنسانى :

١ — لا شك أن المفهوم القديم للنمو الذى يقتصر على الطفولة والمراهقة أصبح قاصراً ولا يمكن أن يساير الوضع التطورى الذى أحاول تقديمه لمفهوم الوجود البشرى ومساره

ومضاعفاته التي من بعضها موضوع علمنا هذا (الأمراض النفسية) وإنما المفهوم الذي يتعلق بتفكيرى هو استمرار عملية النمو وتقيضها - من الميلاد حتى الموت معاً ، وأى مفهوم يتصور توقف النمو دون إثارة تقيضه هو مفهوم غير حيوى وغير دينامى ، إذ أن المنطق والحقيقة التي تحاول إيضاها هو أن المادة الحية فى حركة دائبة ، وأنها تحمل مقومات التطور والتدهور معاً ، وأن الموت إنما يخدم الحياة بشكل غير مباشر . . ولكنى أفضل بديلاً عن هذه اللغة المخيفة (غريزة الموت) أن أتكلم عن الحركة الأمامية والحركة الخلفية ، أو عن حركة التطور Evolution وحركة التدهور Devolution

خلاصة القول فى هذا الصدد هو أن الحركة هى أصل الحياة وأن اتجاهها إلى النمو أو تقيضه هو حتم لا مفر منه طالما تنبض المادة الحية بما يبقى لها صفة الحياة .

٢ — أن كل ما يحدث أثناء مسيرة النمو (وتفصيله) من تفاصيل تبدو عليه .. هو في الحقيقة أمر مشكوك في قيمته السببية ، وبالتالي فإن التركيز على مناطق جسمية بذاتها تصف مراحل معينة (النمية والشرجية والتفضيلية - فرويد - ... الخ) أو أساليب تعامل بذاتها (الاحتواء والأخذ والطرود .. الخ - إريكسون -) هو تركيز يهدف إلى ربط سببي مبسط لكنه مقول بالنشكيك ، فأما أن الظواهر السالفة موجودة في مراحل معينة من نمو الطفل فلا شك في ذلك ، وأما أنها ترتبط أحياناً ببعض مظاهر السلوك في الطفولة والنضج فهذا أيضاً ثابت .. ولكن لا هذا ولا ذاك يبرر ارتباطها ببعضها كسبب ونتيجة .. في الصحة أو في المرض

وعندى أن مسيرة النمو حتمية وتعتمد أساساً على نبض معظم طوال تاريخ الوجود الفردي ، وهذا النبض متفاوت مثل نبضات القلب (ونبضات الكون على حد سواء) وهذا المفهوم الذي سيفصل فيما بعد لا يلني أثر البيئة ولكنه

يحد منه ، ولا يعلل أهمية الوراثة ولكنه يؤكد أهميتها ويربطها بطريق غير مباشر بالبيئة البيولوجية التي صنعت الوراثة . . فكأنى أقول بهذا أن فكرى هذا يضعف أقرب ما أكون إلى المتحمسين لأهمية الوراثة وتأثيرها واحترامها إلى أقصى مدى بالنسبة للفرد وأقرب ما أكون إلى المتحمسين لأهمية البيئة وتأثيرها بالنسبة لمسيرة النوع عبر الأجيال .

إذنا فالتنوع هو إطلاق قدرات كامنة (موروثية) تمحورت بقدريات ومحتويات يثية في تناوب اندفاعى تمدى دأماً .
٣ — يمر الطفل جيناً بكل مراحل الحياة حسب نظرية الاستعادة « الانعوجينيا تكرر الفيلولوجينا » * أى أن نمو الفرد يكرر نمو نوعه منذ بداية الحياة . : فى تلخيص بيولوجى شديد .

* انشغل بهذا الموضوع علماء التطور ومن أهمهم فون باير on Baer
« Ernest Haeckel » ومن بعده لورنت هيكل (١٨٦٧ — ١٩٤٢)

٤ - ما دام الأمر كذلك فلا يوجد ما يبرر ألا تكون هناك نظرية للاستعادة بالنسبة للسلوك رغم قصور المعلومات المقارنة التي يمكن أن تثبتها . . . فهي تثبت أساساً بالقياس وهو أحد سبل تقييم فروض العلم إذا ما ارتقينا إلى تعزيف تطوري « للعلم » ولم تقتصر على المفهوم الضيق للتجريب والإعادة . . .

وهكذا نضع الفرض القائل « إنه بالنسبة لنمو السلوك فإن الانتوجينيا تكرر الفسلوجينيا بطريقة محورة تتعلق بالتحويلات التي حدثت في الإنسان إذا أصبح حيواناً يستعمل

= (١٨٣٤ - ١٩١٩) وأضح هذه النظرية السماء أحياناً بالقانون الحيوي Biogenetic law ، وفي المرحلة الجنينية تحاول هذه النظرية أن تقابل بين البويضة بعد الإخصاب وبين الأحياء أحادية الخلية ، ثم حين تنقسم إلى عدد من الخلايا في طور الجاسترولا Gastrula تقابل حيوان الجوف المعوي Coelentrata ثم تظهر بعد ذلك على الجنين صفات الأسماك وما يشبه الخياشيم ، ثم تتكون صفات الأحياء خنثية الأسماك Pentodactyl ثم الثدييات Mammals ثم صفات الرئيسيات Primates ومنها الإنسان .

الرمز والنطق ويشترط التواصل مع بنى جنسه من - خلالها
أساساً - كضرورة لاستمرار نوعه ، ثم هو يعنى ذلك بدرجات
متفاوتة »

٥ - هذا التكرار ليس قاصراً على الطفل في سنيه
 الأولى وإنما هو يصف كل نبضة نمو (أو أزمة نمو) .
 أى أن الانتوجينيا تعيد الفيلوجينيا عدة مرات أثناء حياة
 الفرد مع كل نبضة نمو ، وهذا ما أسميته قبلاً المالكروجينيا
Macrogeny . . حتى ليتمكن اعتبار كل نبضة نمو إعادة ولادة
 سعياً إلى إضافة وُلافيه كما سيرد بعد ، وقد ذهب آخرون
 إلى أن هذه الإعادة قد تحدث في جزء من ثمانية وأسمائها
 (أريتى) الميكروجينيا *Microgenia* (وإن كنت ما زلت
 متردداً في الأخذ بهذه المقولة لعجزى عن تصورهما تفصيلاً)
 ٦ - أن مراحل النمو السلوكى المحددة في النظريات
 الجارية يمكن إرجاعها إلى أصلها التطورى كـ وُلاف متصاعد

من تناقضات مراحل الوجود المفرد - ضد: مع الوجود المتعدد
(المتداخل المركب) وأعني بالوجود المفرد المرحلة التي يكون
الكائن الحي فيها موجود بذاته مستمر لذاته مثل الأحياء
وحيدة الخلية التي تتكاثر بالانقسام الميتوزى Mitosis مثل
الأميبا أما النوع الثانى «الوجود المتعدد» فيلزمه لاستمرار
«نوعه» أو تحقيق نوعيته وجود «آخر»، ويمكن إرجاع هذه
الضرورة إلى بعض الأحياء أحادية الخلية أيضاً مثل البرامسيوم.

أما الوجود الأول فله ما يقابله فى السلوك ويتمثل
فى المرحلة الشيزويدية التى تمتد إلى المرحلة الجنينية والأيام
الأولى بعد الولادة (وربما الأسابيع الأولى)

أما الوجود الثانى فهو يمثل المرحلة التالية بتركيباتها
وتضعيفاتها المعقدة المتصاعدة إلى الشاكل الوجودية التى يعيشها
الإنسان المعاصر. ويبدأ مقابلها السلوكى من أول الطور
البادئوى حيث العلاقة بالآخرهى علاقة «السكر والفر» وينتهى

إلى علاقة التكامل المؤلمة مستقبلاً (ورغم تشابه الأخيرة
ظاهراً بالنوع الأول إلا أنها تقيضها تماماً) .

٧ — أنه من خلال تفاعل هذين النوعين المتناقضين
من الوجود تتصاعد مستويات النمو في ترتيب هيراركي
منتظم . : وكلما نجح ولاف (دهاكتيكي) أن يستقر بعض
الوقت على مستوى أعلى كلما أصبح قادراً على أن يمثل مستوى
في المخ قائماً بذاته ، مستقلاً مرحلياً ، له مقابله من « ذات
فاعلة » يمكن أن تظهر في السلوك بصفاتها الخاصة .

٨ — وعلى ذلك فإن المخ البشري يتركب من مستويات
متصاعدة هي المقابل لولافات متصاعدة . . ناتجة بدورها
عن تفاقضات مرحلية تم الائتلاف بينها جزئياً على الأقل .

٩ — أن هذه المستويات المتصاعدة لا يمكن تحديد
موقعها Locality تشريحياً ولكن يمكن فهمها بأسلوب
« المدى والنسق » فكل مستوى أعلى له مدى أكبر
ونسق أشمل وهو يشتمل على المستوى الأدنى .

١٠ — أن المستوى الأعلى لا يشتمل على المستوى الأدنى تماماً ونهائياً ولكنه يشتمل عليه مرحلياً وجزئياً ... وتوقف هذه الدرجة على طبيعة الائتلاف بينهما .. (ائتلاف دياكتيكي « أى : ولاف » أو ديناميكي أو تناوبي ... الخ) .

١١ — أن هذه المستويات تمثل ذوات متعددة (أشخاص) لها القدرة الكاملة على التعبير سلوكياً ، ولها خصائصها المميزة وهي تظهر بشكل غير مباشر في الأحوال العادية ، ومباشر في أحوال النوم والمرض وأحياناً الإبداع .

١٢ — أن لكل مستوى ارتباطات فيزيوكيميائية خاصة ومميزة ، كما أنه إذا دخل كجزء من ارتباط أكبر تعدلت هذه الارتباطات من واقع هذا الشمول والتداخل .

١٣ — أن المستوى الأعلى في حالة سيطرة غالبية وبالتالي فإن ما بقي مستقلاً من المستوى الأدنى يظل في حالة كون وتبعية في الأحوال العادية (هو جليج جاكون — هنرى إى ... الخ)

١٤ — على مر ملايين السنين استقرت هذه التركيبات الجاهزة بمواصفاتها الكيميائية واتصالاتها المميزة وتعبيراتها السلوكية في المخ البشرى ولكنها لم تصبح ثابتة إلا بمقدار مرحلة التطور الحالية ، فعلى — تبعاً لقانون التطور — قابلة لانتلافات جديدة بحسب متطلبات التطور ، ومن ثم فعلى قابلة لتركيبات ونمو جديد من حيث المبدأ .

١٥ — يولد الإنسان — على ذلك — ومراحل سلوكه المتتالية جاهزة تركيبياً لا يتقصها إلا مثير يثى ، ولكن هذا المثير لا يطلق السلوك فحسب بل يحوره ويحدد مصالاه التفصيلية ويعطيه لفته .

١٦ — أن كل تركيب أو مستوى يمكن أن يطلق عليه فسيولوجياً وكيميائياً اسم « مخ » ، وأن نطلق عليه سلوكياً اسم « ذات » ، وبالتالي يصبح المخ مكوناً من عدة وحدات تركيبية متكاملة ، لا عدة أجزاء متداخلة .

١٧ — إن أى منح أعلى هو النتاج الديالكتيكي للمخين
الأدنى السابقين مباشرة . . . فمثلا المنح البدائي الذاتى (المقابل
للمستوى الشيزويدي) Solitary فى تناقضه وتفاعله مع
المنح المتوجس العدوانى Aggressive (المقابل للمستوى
البارانويدي) إذا ما تألفا جزئياً نشأ عنهما المستوى الأعلى
وهو المنح التناقضى ... Ambivalent

١٨ — إن القبول بهذا الفرض يفسر عمل العقاقير المضادة
للأمراض النفسية ، بل وعمل الجلسات الكهربائية
فى ارتباطهما بالعلاجات النفسية والسلوكية الأخرى
(مما لا مجال لذكره هنا تفصيلاً) .

١٩ — إن المراحل السلوكية الجارية وصفها بألقاظ
أخرى يمكن إيجاد مقابلاتها العضوية (الكلىة) بسهولة ، فمثلا
يمكن أن يكون الموقف الشيزويدي عند ميلانى كلاين وجانتر ،
وكذلك المرحلة النفسية عند فرويد هما المقابلان لنشاط المنح

الذاتى المتفرد، وتنشأ العلاقة السببية الزعومة بين هذا السلوك
المحدود أو هذه المنطقة الخاصة وبين المضاعفات المرضية
مستقبلا ويصبح الجميع « مصاحبات » (فى الأحوال العادية)
أو « مضاعفات » (فى الأحوال المرضية) لنشاط مستوى معين
من مستويات المخ على حساب أو ضد أو مع مستوى آخر
أو أكثر حسب الحال .

٢٠ — إن الإنسان يمر فى نموه بتناوب منتظم ، وهذا
التناوب من طبيعة الحياة ذاتها (مثل تناوب الفصول
والمد والجزر ودوران الأفلاك ... الخ) ومن طبيعة المادة
الحية ، ومن طبيعة الظواهر الحياتية (التناوب بين النوم
واليقظة ، وكذلك بين النوم العادى والنوم النقيض) ويظهر
جلياً فى دقات القلب المنتظمة التلقائية .

٢١ — ويتحدد أدق أقول « إن المخ «عضو» نبضى »
« Pulsating organ » وتناوله بهذا المنطق يفسر النوم واليقظة

والأحلام بنوعها ، وهو يسهل فهم مسيرة النمو ، ومعالم
مراحل التطور ، وكذلك فهم بعض المضاعفات التي تظهر على
شكل أمراض نفسية مع اختلاف هائل في الزمن الذي تستغرقه
النبضة وكذلك في أن نتاج نبضات القلب هو نتاج ميكانيكي
أساساً ، أما نتاج نبضات المخ فهو نتاج دياكتيكي نمواً
أو تشويهي تدهوراً .

٢٢ — أن طور اندفاع (*) المخ « Cephalic Systole »
يقابل ما أسماه إريكسون أزمة ، وهذا الطور يتصف بالمقال:

(أ) عملية « بسط » Unfolding تعيد وتلخص أطوار
الحياة للنوع (فيلوجيني) Phylogeny للفرد (أنطوجيني)

(*) فضلت استعمال كلمة « اندفاع » بدلا من كلمة اقباض ترجمة
لكلمة Systole حتى أفيد المعنى الذي عنيته في المخ من أن المهم في هذا
الطور هو إطلاق المخزون الكامن اندفاعا ، وليس اقباض المخوى مثل
الحال في القلب رغم أن النتيجة في الحالتين هي الاندفاع (القدرات الكامنة
في حالة المخ والدم في حالة القلب) .

(ب) إطلاق قدرات المخ السكامنة والتي كانت تحت السيطرة المباشرة لأحدث المستويات (وبالتالى فهو للقابل لهدف الدم فى الشرايين من القلب)

(ج) محاولة تأليف بين هذه المستويات المتناقضة أصلاً..

النشطة معاً ، أثناء النبضة الحية .

وتنتهى هذه المرحلة إما بزيادة فى عدد النيورونات النشطة معاً (أى ولاف أعلى) وهذا نتاج طبيعى فى فترات النمو وقد تنتهى أيضاً بنقص فى عدد النيورونات النشطة معاً (أى تكيف على مستوى أدنى) وهذا نتاج طبيعى أيضاً فى مرحلة « الضمور » .

وتتوقف هذه النتيجة على عوامل كثيرة سنذكر بعضها حالاً ...

٢٣ - أن طور التمدد (*) الحفي Cephalic Diastole

هو الطور الذى يكتسب فيه الإنسان معلومات من البيئة ويعلمو مخزون ذا كرتة برموز مكتسبية وقواعد أساسية ، ويعرن فيه القدرات التى انطلقت فى أثناء اندفاع المنح ، استعدادا للاندفاع القادمة ، وبالتالى فهو المقابل - تجاوزا - لطور ملء القلب بالدم أثناء استرخاء العضلات (طور الملء السريع و طور الملء البطيء Rapid and Reduced filling Phases)

٢٤ - أن تبادل الاندفاع والتمدد لازمين لاستمرار

الحياة كما هو ظاهر فى تبادل النوم واليقظة ، وتبادل أنواع النوم ، وهو لازم حتما لاستمرار النمو فى كفاءة ، وأن نتاج كل طور يحدد نجاح أو فشل الطور التالى . . مع اختلاف

(*) فضلت استعمال كلمة « تمدد » بدلا من « انبساط » ترجمة لكلمة Diastole حتى لا تختلط الأخيرة مع استعمال كلمة « بسط » .
 معنى Unfolding الذى يبحث مع اندفاع المنح .

النضج العمهيدى الیوى (مثل النوم والیقظة) عن النضج
الولافى التوى فیا بعد ..

٢٥ — أن الاندفاع له فترات محدودة بطبيعة النمو ولكن
یشیرہ أزمات یشیة لها طابع جارف خاص ، ومثال ذلك
اندفاعات : الولادة، والقطام، وأول مواجهة بالمجتمع الأوسع،
(المدرسة مثلاً) ، ثم اندفاعة هائلة أثناء المراهقة ، واندفاعة
الارتباط الحميم (الزواج عادة) ثم اندفاعة النجاح (وسط العمر)
ثم الوحدة المؤخرة ... وهكذا مما سيفصل فی العمل الأكبر
فی حیثه فی مجال آخر ..

أما أطوار التمدد التحصیلی فی الی تتبادل مع هذه
النضجات مثل مرحلة الرضاعة المستقرة ثم مرحلة تعلم الكلام
ثم مرحلة الدراسة الأولى (٦-١٢) ثم مرحلة الاستقرار
الدراسی ، والاستقرار المهني ، والاستقرار الأسرى ...
وهكذا ..

والمنع قادر على الحركة المنتظمة في التمدد Diastole (الاستيعابي) والاندفاع Systole (الولاني) مما دون مضاعفات عادة .

والتاعدة السليمة هي أنه كلما كانت مرحلة التمدد التي يحصل عليها كاملة وثرية ، كلما كانت الاندفاع التالية قوية وآمنة ومثرية (وهذه القاعدة تقابل قانون ستارلينج بالنسبة لامتلاء بطين القلب حيث تتناسب قوة النبضة مع درجة امتلاء بطين القلب ، في حدود معينة)

والأمان الثاني هو المجال الذي تحدث فيه نبضة النمسو () ولا أستطيع هنا أن أفصل هذا الأمر حالياً فما هي إلا مجرد عناصر . .)

٢٦ - إن عمليات الإبداع الفني هي نبضة إيجابية

ولافية مركزة

٢٧ — في فترات الاستيعاب التمديدي يتميز المنخ إلى مستويات يحكمها المستوى الأعلى عادة وكأنه نقطة انبعاث Pacemaker مرحلية كما يتميز إلى حجرات وظيفية Compartments تتبادل في العمل وتتعاون بطريق غير مباشر.

٢٨ — في أثناء النبض الخفي يعمل أكثر من مستوى كما ذكرنا ولكن المستويات ، والحجرات ، قد تنجح ، بقدر نجاح النبضة ككل ، أي نجاح الاستعداد السابق لها في التهيئة للولاف الأعلى كما ذكرنا . ثم نجاح الولا ف ذاته حسب المرحلة

٢٩ — إذا استقر الولا ف الأعلى في التحقق والتزايد في كل نبضة . . . استقر المنخ في التصاعد في مسيرة النمو الديالتيكى ، واستقر السلوك في الاقتراب نحو الموضوعية حتى إذا عملت كل خلايا المنخ معاً في تناسق ولا فٍ دائم.

وصل المنح البشرى إلى قمة نضجه الذى يقابل التكامل
(بلغة الإنسانيين في علم النفس) أو الذى يقابل أعلى درجات
الوعى الموضوعى عند هيجل ، ولكن هذه المرحلة مرحلة
نظرية لا يمكن تصور الوصول إليها إلا في خبرات إبداعية
موقوتة ، أو ما أسماه ماسلو أحيانا «خبرات القمة» ، فإذا قدر
للإنسان — نظريا — أن يصل إليها وما فقد نجح في أن
يطلق كل قدرات تركيب مخه الحالى ، وعليه أن ينتظر تطورا
في تركيبه تفرضه عليه متغيرات البيئة المحيطة التى هي بدورها
تتاج هذا العمل الفائق لهذا المنح الهائل بكفاءاته المتعددة
مما لا أستطيع مجرد تصويره حتى بخيالى ، وإنما أذكر هذه
المقولة استطرادا مع إيماني التطورى الحتمى الذى أشرت
إليه سابقا . .

٣٠ — إن مسيرة النمو بصفة عامة تتبع نسقا متتاليا يتحقق
باستمرار من واقع نبضات المنح ، وهذا النسق يبدأ بالوجود
الجزئى اللاترابطى عند الولادة وهو يقابل وظيفيا مرحلة

اللاميز ، ثم ينتقل إلى مرحلة التجميع الارتباطى ومنه إلى التميز الوظيفى ثم أخيراً إلى العودة إلى الوُلاَئِفِ الأعلى حيث تقل الفروق حتى تنمحي بين الوظائف وبعضها .
(راجع أيضا ص ٢٠٨)

ثالثا : السلوك المرضى والنمو :

أرى أنى ما زلت ملتزما بوضع الخطوط العريضة التى توضح أبعاد فكرى دون تفصيل ، وأعتذر - بلا فائدة - عما أشعر به تجاه حيرة القارئ معى وأنا أقفز به من رأس موضوع إلى مشروع فكرة ولكن هذه هى طبيعة هذا السكتيب « المقدمة » « الفهرس » .

وأرى أنه بدون أن نشير إلى الأمراض النفسية وموقعها من هذا التنظير ، فقد يجد القارئ صعوبة فى تقبل كل هذه الفروض التى قد تبدو بلا فائدة عملية . . وعلى هذا فإن أطرح رؤيتى بالنسبة للأمراض النفسية على الوجه التالى :

(ملحوظة ابتدائية: قد يكون المرض النفسى نتيجة مباشرة
ثلاث أو خلل فى تركيب خلايا المخ مما ينتج عنه اضطراب
فى وظائفها وبالتالى نقص واختلال فيما يرتبط بها من سلوك
ظاهرى ، وهذا النوع فى إجماله يسرى عليه قوانين الأمراض
العصبية العضوية فى أغلب الأحوال ، الأمر الذى يجعلنا
ندعه جانباً فى هذا التقويم الموجز ، وبالتالى فإن كل ما سيرد
ذكره فيما بعد إنما يختص بما « هو غير ذلك » من أمراض ،
كذلك فإنه يستبعد « نقص العقل » كجموعة ، وهكذا
أنطلق لأقول :

١ — المرض النفسى مظهر لمضاعفات النمو (التطور) ،

وهو أساساً نتيجة لاختلال فى التوازن لعدم تناسق مستويات
المخ أو حجراته بالنسبة لمرحلة دورته (الاندفاع أو التمدد)

٢ — « المرض النفسى حدث بيولوجى مدبر ، يشترك

فيه الاستعداد الوراثى مع ضغوط البيئة (المجتمع) ويظهر

كأعراض سلوكية نتيجة لاختلال توازن المخ ، ويصاحبه

أو يسببه أو ينتج عنه تغيرات كيميائية مختلفة .

٣ - للمرض النفس معنى وهدفاً ، إذ هو لفة محورة
 - وإن تسكن عاجزة - تريد أن تعلن عن حاجة الإنسان
 لإطلاق مزيد من مكمون قدراته في عملية بسيط جديدة ..
 ولكن هذه الحاجة معوقة أو مشوكة ، أو مهددة ، وبالتالي
 فإن المغامرة بمحاولة تحقيقها ، ينتج عنه آلام معجزة أو غير
 محتملة كما قد يؤدي إلى تفكك هروبي وفي النهاية إلى تدهور
 انسجاني .

٤ - يمكن أن يقسم المرض النفس حسب التقدير
 السابق لنمو إلى المجموعات التالية :

١ - أمراض هي مظهر فشل طور اندفاع المخ
 Cephalic Systole واختلالها ، وتشمل أغلب أنواع الأمراض
 الذهانية الحادة والنشطة والدورية (وأحياناً بعض أنواع
 الصراخ) .

٢ - أمراض هي مظهر فشل طور تمدد المخ
 Cephalic diastole وتشمل العصاب واضطرابات الشخصية

وبعض أنواع حالات البارانونيا للزمنه - وأغلبها يشمل إطالة
الطور التمردى حتى التليف خوفاً من نبضة تالية غير
محسوبة ..

٣ - أمراض هي إعلان تفكك مستويات المخ وبالتالي
الكف عن الاندفاع الدورى والنمو وهي أمراض التدهور
الفضائى (ويمكن أن يدرج هنا بعض الأمراض الناتجة عن
التلف العضوى) .

وهذا الفشل والتدهور إنما هما نتاج مباشر لتسويق غير
ملائم بين مستويات المخ نتيجة لوراثه (سلوك سابق) خلل
في طبيعة علاقاتها ببعضها، وبالتالي في توزيع الطاقة وتوجيهها
فيما بينها وكذلك هو نتاج للعمل المتساوب المخ في ظروف
يشية غير ملائمة ، وأخيراً فهو نتاج لعجز الدور التمردى عن
ملء المخ بما يفيد النبضة التالية وبجز الدور الاندفاعى في
التوفيق بين المستويات وإطلاق القدرات في تناسق تعاونى
أو ولاف ذبالا كيميائى .

ثانياً : الأداة البشرية والممارسة الإكلينيكية :

أشرت في الجزء الأول إلى أنه لا مفر من أن تربط نتائج البحوث عندنا بالباحث نفسه : طبيعة تطوره وأنواع دفاعاته ومدى موضوعيته ، وحين أضفت هذا الجزء الثاني وجدت أنه من المستحسن أن أقتل هنا بعض الملاحظات والصفات التي أوردتها بهذا الشأن في التقديم الذي كتبت له لأول كتاب في هذه المكتبة العلمية عن الدراسة المقارنة لمرض الفصام للدكتور رفعت محفوظ ، وذلك حتى أؤكد أن تحيزي للأسلوب الإكلينيكي في البحث العلمي في مجالنا هذا لا يعني إطلاق العنان للأراء الشخصية دون ضابط أو التزام .

وقد كتبت تحت عنوان : أداة البحث « الخبرة
الإكلينيكية ومواصفات الطبيب » :

إن أعظم ما ينبغي أن تؤكدوه هو دور الطبيب النفسي

كأداة بحث قائمة بذاتها ، حيث أنه يعتمد على خبرته الإكلينيكية
كصدر أساسى لحقائق هذا البحث اعتبره ضمناً « الأداة
للموضوعية » الأولى فى تشخيص مرض ما .

وابتداء من هذه النقطة ، فإننا لا بد أن ندرك ضرورة
شد هذه الأداة وإعدادها ، فالطبيب بهذا الوضع له أبلغ
الأثر فى الحكم على الظواهر وتقويمها وبالتالى فإن الاهتمام
بشخصيته ومستوى تطوره ومدى حساسيته وأرضيته الثقافية
له أبلغ الأثر فى البحث العلمى فى هذا المجال وفى خطوات
تطور هذا العلم وراثته . . . ، ومن هذا المنطق لا بد أن نعيد
النظر فى مدى الاهتمام الجاد بطريقة تدريب الطبيب النفسى وفى
دراسة ظروف حياته ومساره ومدى تطوره الإنسانى ومدى
تناسب درجة وعيه مع قدراته وواقعه ومدى قدراته على
مواجهة داخله . . . حتى يقترب رويداً رويداً من درجة من
الموضوعية تسمح له بأن يحتل هذا المركز المميز « كأداة قياس
تصلح لأن يعتمد عليها بثقة كافية » .

على أن نأكد أهمية الطبيب كأداة موضوعية للقياس هو
تأكيد ضمنى لأهمية الخبرة الأكلينيكية باعتبار أن الاستجابات
لهذا البحث (دراسة مقارنة لمرض النصبام) كانت من واقع
مصدرين يكمل بعضهما بعضاً ويؤثر بعضها في بعض .

للمصدر الأول : صفات الطبيب الشخصية والعوامل
الذاتية التي تتحكم في حكمه على الأمور ، والمصدر الثانى : خبرته
الأكلينيكية ، مداها وعمقها .

ولا بد من الإشارة هنا إلى الطبيعة العلمية لنمو هذه
الخبرة الأكلينيكية التي تتصف بها الممارسة الطبية العامة والطبيب
النفسي بوجه خاص .

فالمقابلة الأكلينيكية هي في حقيقتها سلسلة متصلة من
الفروض الأولية يجرى تحقيقها أو تعديلها ثم يليها الفروض
البديلة ثم الفروض التالية ثم الفروض الأعلى ... وهكذا ، ويتم
هذا التسلسل في صورة تلقائية عضوية في العقل البشرى بطريقة
علمية أصيلة إذا ما كان التفكير سليماً ، وكانت خطوات المنطق

العام هي السائدة ، حيث التفكير المنطقي الناضج هو ذاته
تفكير فرضي مسلسل : أسماء « ياجيه » التفكير الفرضي
الاستنتاجي Hypothetico - deductive thinking ووصف
به المرحلة الرابعة من التفكير واعتبره هو التفكير السليم
منذ سن الثانية عشر وما بعدها .

إذا فالتفكير السليم في ذاته هو تسلسل على حقيقى ،
وكل ما يمكن تقديمه لجعل التفكير « أكثر سلامة » هو
إضافة حقيقية لهذه الأدوات الموضوعية (أى الطيب هنا) .
اللازمة للبحث العلمى الإنسانى ، ولنجاول أن نتدرج مع تسلسل
مثل هذا التفكير لمقابلته بخطوات البحث العلمى المعروفة :
تبدأ المناقشة الاكينيكية « بانطباع ما » هو هو الفرض
الأول ، وهذا الانطباع المبدئى الذى يفرض نفسه على الطيب
من « أول نظرة » هو الذى يتطور مع المناقشة حيث تثبت
أو ينفي ويستبدل وهكذا ، وهذا الانطباع قائم سواء وعى به
الطيب أم تسلسل فى قاع وعى ، وعلى هذا الانطباع العام

وتطوره ينفى الحكم على كثير من الأعراض في الأمراض النفسية عامة والنصام خاصة، ولعل المناقشة التي وردت في هذا البحث بشأن التصلد العاطفي Apathy واتعدام التواصل Lack of rapport وكذلك البرود Coldness إنما يتعلق بجانب من هذا الانطباع العام وما يتطور إليه هذا الفرض الأول وما يطرأ على موقف الباحث تأكيداً ونفيًا بعد واقتراباً، وعرجة مناقشة الباحث لهذه الأعراض (في اختلاف ترتيبها في كل تسلسل ثم اختلافها من بعضها) إنما يتأكد لنا أهمية العامل الشخصي (الشعوري واللاشعوري) في تحديد هذا الفرض الأول.

ولا بد من الإشارة إلى الطابع العاطفي الذي يصنع هذا الفرض الأول (أو الانطباع العام)، الذي تحدده ضمننا العوامل الشخصية والميكانيزمات الدفاعية للفاحص، ومهما قال الفاحص عن نفسه من إمكانية حياده، ومهما نادى بضرورة هذا الحياد فإنه كأداة إنسانية لا بد أن يعترف بدرجة ما من الذاتية في

أول الأمر وأن يسعى جاهداً للتقليل منها بالوعى للتزايد ، من خلال النمو الذاتى ، وبالخبرة المتزايدة من خلال مرور الزمن وطول الممارسة وتحقيق هذه الفروض البدائية أولاً بأول والاستفادة من الصواب والخطأ فى كل آن ، وكل من مارس الطب النفسى (أو الطب عامة) يعترف أنه إنما يتكون حدسه الإكلينيكي بالفشل أكثر مما يتكون بالنجاح ، لأن الفشل يعيد تنظيم عقله ويقترب به من موضوعية أكبر؛ أما النجاح فقد يساهم أو لا يساهم فى ذلك حسب الظروف التى يتم فيها ... إذاً فالشعور باستلطاف هذا المريض أو رفض ذلك المريض هو من صميم الخبرة الإكلينيكية فى مجالنا هذا ، شريطة أن تكون نقطة بداية ، ومعد هذا البحث الذى بين يدينا قد أوفى هذه النقطة حقها... وذكر أسباب الاختلاف من وجهة نظره ولم يحاول أن يتعمق فى درجة تضيق الفاحص أو موضوعيته لأنه إنما كان يقيم نتائج مجموعة بأكملها أكثر مما يتناول حالة خاصة ، إذاً لا محل فى الممارسة الإكلينيكية — ومن ثم فى البحث العلمى للتصل بها — من اعتبارات شبه أخلاقية أو شبه إنسانية

حين تتصور أن الرفض أو السكر هو خطأ من جانب الطبيب
وتقصير ، بل بالعكس إن الاعتراف الهادئ بهذه المشاعر
الخاصة ينتهي لصالح المريض تشخيصاً وعلاجاً ، لأن للرفض
معنى كما لقبول معنى ، وكلاهما يفيد في الوصول إلى فهم أعمق
ومن ثم إمكان مساعدة أصدق ، أما إنكار هذا الانطباع
للهدئ ومحاولة التبرؤ منه فهو معوق لنمو الممارسة ذاته ، وبالتالي
معتل لتحصينه كأداة موضوعية للبحث العلمي . . . وكأداة
صلاح :

ولعل شعور الممارس الاكلينيكي — في فرعنا هذا —
إذا تتبع نفسه وتطور هذا الشعور البتدئي خلال عشرات
السنين من الممارسة لوجد أن مشاعره من حيث التقبل والنفور
تختلف من مرحلة إلى مرحلة حسب درجة تطوره وتغير قيمه ،
واتساع صدره ، وإيجابية مشاركته . . . وإذا حاولت أن أنتقل
خبرتي الشخصية التي هي ليست قاعدة بحال من الأحوال

لا بد أن أعترف أني كنت في بداية حياتي أستلطف الهوى الخفيف « و « العصا المتحدثة » حيث كانت خفة ظل الأول تملؤني مرحاً « معه » وانطلاق التثاني في حكاياته وسرد مواقف طفولته ترضى حب استطلاعى ، ومعلوماتى التحليلية (المختلطة مباشرة بالشائع عند العامة ، وفي السينما الخ) ، ثم تطور قبولي إلى الريض المكتب من نوع اكتاب المواجهة الذى أسمىته Confrontation depression . وازداد غمورى من المكتب الطفيل Parasytic depressive ، وكان حوقى من الفصام لا ترابط ولا علاقة مثلما هو مكتوب فى الكتب حتى أنى - مثل غيرى - كنت أشخص هذا المرض بهذا السبج عن التواصل ... Lack of Rappont ... ولكن بعد تطورى وفهمى لحقيقة المشكلة الوجودية البيولوجية من ورائه وفهمى لغة الأعراض أقول بعد هذا كله أصبح تقبلى للمريض الفصامى تقبل الحديدى العنيد ، وأصبح التواصل معه قريباً إلى كيانى .. بل ومثرياً لوحدى مباشرة ، ثم زاحجت

نفسى فإذا بي لم أعد أطيق الهوسى خفيف الظل ، وأخذت أحس بقسوة مرجه ووحده الساحة لشاعر غيره ، ولكنى إذا ما تعمقت معه ووصلت إلى ما يخفى وراء هذا المرح الداخلى من آلام قاسية واكتئاب مر .. تحملته واقتربت منه ثانية ..

وفى المراحل المتأخرة من تطورى الاكلينيكي أصبحت أقبل على المريض ذى الشخصية المضطربة حتى من النوع المضاد للمجتمع أو اللزج .. وكذلك الفصامى المتدهور .. وحين أقول « أقبل » لا أعنى شفقة وإنما تقبلاً وصبراً ومشاركة وحين كنت أقيم طلبتى كنت أتبع مواقفهم واستقبالهم ومن خلال ذلك أستطيع أن أحدد درجة تطور كل منهم بشكل مبدئى عام . . .

إذاً .. فهذا الانطباع الأول يختلف باختلاف درجة تطور الطبيب ، وكذلك يختلف باختلاف الحالة الوقتية لكل منهما .

أماما يحدث بعد هذا الإنطباع أو لآل المختلط بجوانب
عاطفية فإنه هو ذاته ما يحدث بالنسبة لأي فرض علمي مبدئي:

يوضع الفرض المبدئي مكان التحقق ، وتستمر المقابلة
بالحصول على مزيد من المعلومات ، ومتابعة مزيد من الملاحظات
والقيام بعدد من الفحوص ، وفي كل خطوة من هذه الخطوات
يتأكد هذا الفرض العالي تلقائياً ، أو يرفض فيستبدل
تلقائياً لتتدرج الخطوات حتى نصل إلى الاستنتاج الأول ،
ثم يكون مرور كل يوم بعد ذلك ، وإضافة كل معلومة هو
السبيل لتحقيق هذا الاستنتاج أو إعادة النظر فيه .

وحق يكون البحث العلمي مضبوطاً ناجحاً ومفيداً ، فإنه
لا بد أن يبدأ بفروض مرنة . . . تظهر فعلاً كفروض قابلة
للتحقيق والتغيير معاً لتصبح بالعالي قابلة للرفض أو التعديل ،
ولا يمكن أن يتم ذلك إلا بوجود بدائل واضحة منذ البداية
أو بدائل جاهزة للخروج فور ضعف الاحتمال الأول ، وعلى

قدر علم الفاحص وإدراكه للبدائل المحتملة ، وعلى قدر قدرته
على المراجعة والتغيير ، يكون تقييم نموه كأداة بشرية سليمة في
الاتجاه السليم ...

وعادة ما تكون هذه البدائل في « أرضية » فكره
(أو على هامش وعيه) تاركة البؤرة أو شكل الجشثات
للفرض الأول حتى لا يعاق تسلسل التفكير العلى ، وحين
يضمف « الشكل » بمقتائق جديدة ... حتى يصل من ضعفه إلى
حدة أقل من « الأرضية » يتبادل معها ، فتقترب البدائل من
بؤرة الوعي ويتفتح الفرض الأول إلى هامشه وهكذا

ويسير الفحص الإكلينيكي منذ بداية الانطباع الأول
لتجميع الشكل (الفرض المبدئي) على الأرضية (الفروض
البديلة) لكنه لا يصير على ذلك ولا يفتعل له المواقف ، وهنا
يلتزم الفحص بأسلوب معين يسير به جوانب الموقف جميعه ،
فهو يضع لكل سؤال يسأله عدة أجوبة محتملة (يسمى ذلك أو

لا يعنيه : لا يهم ... فهذه عملية تلقائية متصلة) وعلى حسب كل إجابة يتحدد موقف الفرض الأول وما يليه من فروض حسب مرحلة الفحص ... وهكذا ، وكلما زادت الخبرة كلما زاد وعى الفاحص بما يفعل ، وأدرك أن أسئلته وملاحظاته إنما تنبئ دائماً على مخزون ذاكرته ، وطبيعة موقفه من نفسه ومن المريض ، وهكذا يقترب رويداً رويداً من الاعتراف بأنه يتوقع دائماً أجوبة بذاتها ، في نفس الوقت الذي يتدرب على قبول إجابات مخالفة أو إجابات لم يتوقعها أصلاً لتعديل مسار فكره (أى ترتيب خطوات بحثه العلمى) وبهذه الطريقة تصبح كل حالة في ذاتها محشاً قائماً بذاته تزيد من قدرة هذه الأداة البشرية وتحسن من مستوى أدائها . وتتركز هذا البحث فيما بعد خطوات التتبع والعلاج ودراسة النتائج المترتبة على الاستنتاج الأول من الفحص البدنى ...

فكم بحثاً علمياً يقوم به الطبيب الممارس يومياً ؟
وما أثر هذه الأبحاث العلمية على تكوينه الشخصي ،
وهل تحسن أدائه وترجيح موضوعيته ؟

وهل يمكن أن توجد وسيلة — أو وسائل — لمساعدة
الممارس الإكلينيكي في أن تكون نتائج أبحاثه اليومية وسيلة
في تغيير نوع وجوده هو ذاته بحيث تصبح خبرته جزءاً من
كيانه وباباً لتوسيع دائرة وعيه وبالتالي لتطور ذاته وعلمه مما ؟
وما دام هذا البحث الذي بين أيدينا — وأمثاله — قد
أعطى الممارس ذا الخبرة التي حددها بفترة معينة ودرجات
علمية خاصة ، قد أعطاه هذه القيمة المطلقة في ذاتها .. وأثبت
أنه مصدر أساسي في الحكم على الظواهر فهل ينبغي هذا إلى
مزيج من العناية للدروس بهذه الأداة البشرية التي لا غنى
عنها في مجالنا هذا ؟

وكان درجة الخبرة التي اشتراطها الباحث هنا ، هي في حقيقتها إعلان عن طريقته في انتقاء الأداء البشرية ذات الكفاءة الخاصة (تحدها هنا حتما عدد الأبحاث الإكلينيكية التي قام بها أعنى عدد الحالات التي فحصها يجد ومسئولية ، والتي نرى حدسه الإكلينيكي من خلالها) وكان الباحث في بحثه هذا قد اعتمد حتماً — ولو بطريق غير مباشر — على آلاف الأبحاث اليومية التي ترسبت في أعماق أدائه البشرية يوماً بعد يوم خلال المدة التي اشتراطها خبرة هذه الأداة ، غير أن الباحث في نفس الوقت قد عرض أسئلة تتعلق بظواهر طرفية (الأعراض) دون الغوص إلى مركز الاضطراب ، إلا أنه قد اعتمد في اختيار أدائه على كيان متكامل إذ اعتمد على تلقائية الباحث ككل دون إبداء أسباب ترجيعه هذا الفرض على ذلك ، وكأنه كان يقيس ظاهرة طرفية بأداة مركزية كلية وبذلك ألم بأطراف المشكلة من نواح متعددة وبضربة واحدة .

وأخيراً ، فلمن أطلت في هذه النقطة أكثر مما ينبغي ،
إلا أني أحببت أن أعيد للنعمس الإكلينيكي قيمته من خلال

تحليل الأداة التي استعملها الباحث في بحثه ، وأردت في نفس

الوقت أن أعلن مسئوليتنا عن كفاءة هذه الأداة التي ينبغي

أن نضع لها مواصفات خاصة مثلما نضع لأي أداة أخرى ،

وهذه المواصفات في الطيب النفسى ، والعمل على تحقيقها أثناء

تدريبه ، هي التي تسمح لنا بالارتكان إليها والاعتماد عليها

بأمان على وربما كان هذا دافعا للباحثين في المستقبل في اختيارهم

لهذه « الأدوات البشرية » أن يضعوا مواصفات بذاتها —

إلى جانب الخبرة — تجعل نتائج بحثهم أكثر اتساقا وبالتالى

أقرب إلى الحقيقة ... ، ولا ينبغي أن نخاف ابتداء من السؤال

الذى يمكن أن يطرح نفسه في صوت عال ألا وهو: ولكن « من

الذى يحكم على من ؟ » وهو سؤال حاس دائما ، إلا أن أي

باحث يتصدى للبحث العلمى لن يستطيع بحال أن يعنى نفسه

من مسئولية الحكم المستمر على الأداة التي يستعملها وعلى

الأداء الذي يجري به بحثه ، وإنما هو يستعين بتنظيم منهجي ومقاييس تفصيلية لتحسين قدرته على الحكم على الظواهر ، لا انكى تقوم مقامه بهذا الحكم فهو في النهاية صاحب الرأي وصاحب المسؤولية معاً لأنه صاحب الحكم ، ولعل أقدم تصوري للوإصناف التي تحمل هذه الأداة البشرية (الطبيب النفسى) في أحسن أحوالها فيما يلي :

١ - أن يكون الطبيب ملماً بالأسس العامة لفرع تخصصه من مصادرها المتاحة ، وبصفة متجددة ، على أن يكون موقفه من اطلاعه موقف القارئ الخلاق ، لا المتلقي في استسلام ، حتى إذا ما حاول باستمرار أن يختبر إمكانية تطبيق ماقرأ أو تعلم كان أمامه سبيل للمراجعة ، وهكذا يمكن باستمرار التقريب بين ما هو نظري وما هو عملي ، وكذلك بين ما هو مثالي وما هو ممكن من خلال هذا الموقف الذى يشمل التهديد المستمر بالإحباط ، ومن ثم الألم الشخصى ، لا بد وأن يضع فى اعتبار احتمال تغيير ذاتى مستمر ... وقد يمتف أحياناً .

٢ — أن يكون على اطلاع متوسط بنهضة من العلوم الأساسية التي تكون الأرضية الثقافية لمصر من تاريخ و فلسفة واجتماع وغيرهما مما يمثل الأصول النظرية لماهية الإنسان وطبيعة وجوده حيث أن هذه الأرضية تؤثر بطريق مباشر على المريض ، وعلى الطبيب على حد سواء ومن ثم على العلاقة بينهما ، وعلى الانطباع الأول وتسلسل الفروض للوصول إلى تقويم سليم .

٣ — أن يكون مساهماً للأحداث اليومية ، بمعنى أن يكون حليماً بما يجرى في الحياة الاجتماعية والسياسية والاقتصادية من حوله وما يصاحبها من تغيرات في الأفراد والجماعات ، بادنًا بالبلد الذي يعيش فيه ، وأن يتخذ موقفاً واعياً من هذه الأحداث حتى لا يؤثر موقفه هذا دون أن يشعر على مريضه ، فإذا كان لابد من تأثير وتأثر — فلا بد أن يكون في مجال الوعي تحت الضوء ما أمكن ، على أن هذه المتابعة اليومية — وفي ظل سرعة الاتصالات العالمية — لابد وأن تتعدى حدود وطنه ليساهم من موقفه الواعي كل التحركات في العالم التي تؤثر ضمناً على نوعية

وجوده ووجود مريضه ، ولعل هيجل كان يعنى هذا البعد
حين أشار إلى أن قراءة الصحف اليومية هي الصلاة اليومية
لإنسان العصر . .

٤ — أن تكون حياته الشخصية على درجة من الاستقرار ،
لا بمعنى الثبات والجمود ، ولكن بمعنى الوعى ووضوح المسيرة
في حركة هادئة ما أمكن نحو مزيد من الإيجابية والمسؤولية ،
فإنما باب المراجعة المستمرة والقدرة على تغيير مفاهيمه ، وفي
الوضع الراهن للممارسة الطب النفسى فإن فصل تأثير « الحياة
الشخصية » ، على الممارسة المهنية أمر مشكوك في إمكانية حدوثه
في الوعى أو في اللاوعى .

٥ — أن يكون متابعاً لمسيرة الاتجاهات المختلفة في فرعه .

٦ — أن يكون واعياً للتميزات التي يمكن أن تطرأ على

فكره وعواطفه بمرور الزمن — [من خلال ممارسته لمهنته

وحياته ، لتجملها تم — قدر الإمكان — باختيار وإدراك

ومسؤولية .

٧ — أن تكون له رؤية للحياة ، ورأى في تفاصيل
حسرتها ليتخذ من هذا وذاك موقفاً في الوجود ... يترجمه إلى
فعل يومية بسيط ما أمكن .

٨ — أن يكون مستعداً للتغيير من خلال الاحتكاك
المستمر ، وبخاصة من رؤية مرضاه وتفحصهم ، حتى تصبح
ممارسته هي ثروته الحقيقية ودافعه لمزيد من التغيير نحو الموضوعية .
٩ — ألا يكتفى باتساع دائرة وعيه بمعنى شحذ بصيرته ،
ولكن عليه أن يختبر حقيقة بصيرته تلك بمراجعة آرائه إزاء
فعله اليومي ، وفي مجتمعه الصغير ، وفي ممارسته المهنية .

١٠ — أن يدرك ضرورة معاشته « وحدثه » الخاصة في
شجاعة ، مع إدراك حاجته للآخرين وطريقته في إشباع هذه
الحاجة ذهاباً وإياباً بوعي وإرادة من نفسه إليهم وبالعكس .

وقد اضطررت إلى وضع هذه المواصفات التي تبدو بعيدة
عن التحقيق كواقع حالي ، إلا أنها ينبغي أن تكون في ذهن

الباحث الذى يتخذ من الطيب أداة بحثه ، ولا شك أن
تحقيتها فى شكلها المطلق غير واقعى ، ولكن بقدر اقتراب
الأداة البشرية من هذه المواصفات بقدر اعتمادنا على حكمها
الموضوعى ، وهى مثل أى أداة .. لا ينبغي أن تتطلب فيها
كفاءة مطلقة ولكن علينا أن نتقرب دائماً من درجات أكبر
وأكبر من الكفاءة وأن نقيم نتائجنا حسب درجة كفاءة
الأداة المتاحة .

ثالثاً : الطب النفسى المصرى

والطب النفسى التطورى

أشرت فى حديثى من مصادر الخطوط العريضة لفكرى
النظرى ومدى ارتباطى بنظرية التطور ، الأمر الذى جعلنى
أتصور كثيراً أن ما أمارسه وأؤمن به هو ما يمكن أن
يسمى « الطب النفسى التطورى » Evolutionary
Psychological Medicine ، ذلك لأن رؤيتى لما أعقد نظراً

ربما أمارس عملياً هي رؤية تؤكد دور الطبيب النفسى كعامل مساعد أو معوق لمسيرة التطور من واقع ممارسة خاصة لمداواة المرض النفسى الذى لا أراه إلا من مضاعفات هذه العملية البيولوجية الخطيرة — التطور الحيوى — والتى يتميز الإنسان عن سائر الحيوانات بالوعى بها ، ويشهد وعيه بها بشكل حنيف أثناء اندفاعه المخ بفض النظر عن نتائجها إن سلباً أو إيجاباً .

وقد قدرت من واقع ممارستى أن النجاح فى هذه العملية لا يزيد عن واحد فى كل ألف من البشر فى أحسن الظروف الملائمة ، رغم أن نسبة الذين يبدؤون فى المحاولة لدرجة ظهور سلوك مميز لتتاجها هم عشرة فى كل ألف لكن النشل يحدث فى ٩ من كل ألف ، وهى نفس النسبة الشائعة لمرض الفصام ، وقد وصل إلى نفس هذا الانطباع كثيرون غيرى من بينهم برنارد شو مثلاً . . . ، وبديهى أنى لم أدرج المضاعفات الأخرى غير الفصام وهى كثيرة

بشكل مزعج ولا مجال لمناقشتها هنا.. سواء كانت مضاعفات
تسمى بأسماء أمراض نفسية أم مضاعفات تندرج تحت
الاغتراب اللامبالى فى الحياة العادية ..

هذا بالنسبة لاندفاعات المخ التناوبية الممانعة ولكن
الاندفاعات المخففة والخفية تقع فى إطار ما قدمت سابقا
وبتضائل عنها حتى تقتصر على النوم واليقظة فى أغلب
الحالات .


ولكنى وجدت نفسى مؤمن أشد الإيمان برؤية محلية
تماما لدرجة دعيتى إلى التساؤل عن إمكانية وجود ما يسمى
بالطب النفس المصرى ؟

ولما كان هذا السكتيب هو رسم خطوط عامة لموقفى
فقد أردت أن أختمه بإثارة هذه القضية ..

وأنا لا أرى أى تناقض بين الالتزام بفكر تطورى
تقاس الوحدة الزمنية فيه بعشرات الآلاف من السنين

وتتعدى طبيعة شموله حدود الوطن بل الوجود البشرى ،
وبين الالتزام بقا كيد إمكانية حياة علمية صادقة في مصرنا ،
نسهم في بناء حضارة إنسانية أصيلة تتعدى الحدود ...
ولكنها تحمي مجدنا الحضارى الأصيل وتتخطاه بخطى المعصر
العملقة .

لهذا فإنى أقتطف هذا الجزء الخاص بما يسمى مناقشة
« مصرية » فرعنا هذا من نفس المقدمة التى اقتطفت منها
الفقرة السابقة لأتمم بذلك هذا الكتيب الفهرس بما يؤدى
المهدف منه على حد تقديرى .

ولكن قبل أن أبدأ فى مناقشة هذه القضية ،
أحب أن أوضح نقطة جانبية بالنسبة لتفاصيل هذه الفقرة ،
ولكنها جوهرية بالنسبة لتحديد مكان الموضوع الذى
أتحدث عنه بين العلوم ، إذ لابد من تحديد مفهوم العلم
ابتداءً حتى لا يتخلط الأمر فى تحديد موقع الطب
النفسى وهل  حرفة أم فن أم علم أو هو كل

ذلك ، فهو « علم » بالتعريف الذى ارتضيته وأوضحته
 « للعلم » حين تصور أن موقفنا لن يتصلح أبداً إلا بإعادة
 النظر فى تعريف العلم بشجاعة تناسب خطى العصر العملاقة ..
 فعندى أن العلم هو : « وسيلة معرفية لتوسيع المدارك
 والوعى يغلب عليها استعمال النسق الفرضى الاستنتاجى ،
 وعادة ما تكون معطياته قابلة للاختبار ولكنها
 ليست بالضرورة قابلة للإعادة . ، وهذه الوسيلة تشمل جمع
 المعلومات بنسق ملتزم كما تشمل إعادة تنسيقها ، والعمليةتان
 مرتبطتان ارتباطاً مباشراً بدرجة موضوعية وعى القائم
 بهما . وتحقق المعلومات وتتصاعد الفروض فى هذا السبيل
 بعدة وسائل تشمل إعادة التجريب ، واختبار التطبيق ، وتقييم
 الإفادة فى تحقيق مداها والوصول إلى غايتها ، ودرجة
 تناسقها مع المعارف الموضوعية الأخرى وكذلك مدى
 صلابتها أمام اختبار الزمن . »

وهذا التعريف رغم ما به من إطالة هو الوحيد في
تقديرى القادر على استيعاب الطب النفسى - العلم - وكذلك
بعض التفكير الفلسفى وأغلب العلوم البحتة فى إطار واحد
دون إلزام بوضع بعض عمالقة العلم فى جدران معمل مبطن
برصاص الخوف وسهام التشكيك .

وعلمنا إذا هو علم - بهذا التعريف ، ومن هذا
المنطلق نحدد أبعاد ما نتحدث عنه ، سواء تحدثنا عن
ارتباط ممارسته المحلية بمصيرتنا ضرورة ، أو تحدثنا عن
إسهامه - سلبا أو إيجابا - فى مسيرة التطور البيولوجية
بالمفهوم البيولوجى التطورى الشامل .

أما جانبه الفنى والجرحى فى فآتركه الآن مرحليا .

نم أبدأ بطرح السؤال : هل يمكن أن يوجد ما يسمى
الطب النفسى المصرى ؟ وهل يمكن أن نتكلم - إلى
حد ما - الآن أو مستقبلا عنه كما نتكلم عن الطب النفسى
الإنجليزى ، والطب النفسى الفرنسى ... الخ ؟

ولعل هذا السؤال يرجعنا إلى قضية أساسية وهي الخاصة بعالمية العلم في مقابل وطنيته أو محليته ، فالعلم بصفته أحد أوجه الحقيقة ومظهر من مظاهر المعرفة إنما يشير إلى مقولات عامة ليس لها وطن ولا صاحب إلا الحقيقة ذاتها ، إلا أنى مع الرأى الذى يتجه إلى الاهتمام بالشكل مثل الاهتمام بالجوهر ، فالعلم فى النهايه شكل من أشكال الحقيقة ، وهذا الشكل لا بد وأن يتأثر بالأرض التى يظهر عليها والإنسان الذى يعبر عنه ، وإن لم يغير هذا من جوهره ، ولا يمكن فى مرحلة تطور الإنسان الحالى أن يقفز العلم فجأة ليستغنى بصفاته العالمية عن أشكاله المحلية ، ف تعميق الاختلاف إذاً بين الصور التى يظهر بها هنا وهناك هو الخطوة الأساسية نحو السعى إلى درجة من الاتفاق تزايد كلما تحسنت وسائلنا وصدقنا فى التعبير عن الجوهر أو عن الحقيقة ، وبهذه الصور المحددة رغم احتمال اختلافها يكون التعاون بين الناس (العلماء) فى كل مكان نابع من مجموع إيجابيات اختلافاتهم النوعية

سواء الحالية أو التاريخية وبالتالي فإن ما يمكن أن يضيفه الإنسان (العالم) المصرى إلى ثروة المعرفة هو نابع من وجوده الخاص المتميز ، ولكنه يعصب في وعاء العلم عامة وبلا خصوصية أو تميز ... ، فإذا صح هذا في كافة العلوم فإنه يصح بوجه خاص في علمنا هذا ، حيث أن مشكلته تتعلق بالوجود البشرى ونوعيته في الصحة والمرض وذلك تحت مختلف التأثيرات : البيئية والحضارية والوراثية والكيميائية ... الخ ، ذلك الوجود الذى هو التعبير الكلى لتوازن أو اختلال عمل مستويات للخ : أرقى أعضاء الإنسان وأعقدها .

وللإجابة على السؤال الذى طرحته فى أول هذه الفقرة أستطيع القول أن هذا البحث يضيف تأكيداً إلى الإجابة المحتملة عندى فهو قرر .. « أنه يمكن — بل ينبغي — أن نبدأ الحديث عن (الطب النفسى للمصرى) ، وأن نبحث فى دوره

الممكن لإثراء هذا الفرع العظيم من الطب ، وأن نحدد معالمه حتى نبدأ الحوار الخلاق مع البيئات الأخرى : تبادلاً للمعرفة وتنويراً لمختلف زواياها » ولعله يجدر بي أن أذكر هنا طرفاً من حوار جرىء مع زائر أجنبي هو الأستاذ الدكتور إ. فيلر تورى E. Fuller Torrey (المساعد الخاص لمدير الخدمات الدولية للمؤسسات الأمريكية في مجال الصحة العقلية) وذلك عقب محاضرة ألقاها في الجمعية المصرية للطب النفسي عام ١٩٧١ حيث قال بالحرف « إن المطلوب من الأطباء النفسيين في مصر هو أن يقدموا ملامح الخبرة المصرية التي قد تضيف جديداً إلى الثورة القادمة في الطب النفسي ، وبالتالي فإنهم قد يسهمون في تخطي التصور البادي في هذا العلم كما يمارس في الغرب » . ولعلنا نعترف ابتداءً أن علم الطب النفسي — بتطبيقاته الحالية — ما زال علماً قاصراً ، سواء في مجال دوره العلاجي أو في الإسهام بدور وقائي ، أو في التنوير إلى دور ارتقائي ، وقد لبس ثوباً فضفاضاً في بعض مجالات الحياة أحياناً ،

كما أفكروا دوره تماماً في مجالات أخرى، وهو لهذا وغير
يـمـر بأزمة عالمية — أرجو أن تكون صحيحة — كان من بعض
مظاهرها ما ظهر في صورة حركات المقاومة التي سميت « بالحركة

المناهضة للطب النفسي » *Anti - Psychiatry Movement*
والتي يقودها في إنجلترا لانج وكوبر وفي الولايات المتحدة
زاس وفي إيطاليا بازاغليا ... الخ والتي لاقت رواجاً بين
عامة الناس وبين بعض شباب الأطباء النفسيين بدرجة تجعل
مواجهتها ومراجعة أسبابها ضرورة ملحة، وعلينا إزاء ذلك
ونحن لم نتورط في فرط البناء الذي أصبح معوقاً لهذا الفرع،
علينا أن ندرك تصور فرعنا هذا بوضعه الحالي، ثم نحاول،
من موقعنا أيضاً — أن نعثر على « وُلاف » *Synthesis*
بين المتصارعين، وذلك بأن تصبح لنا شخصيتنا المستقلة عن
كلا الفريقين، وبأن نستفيد من إيجابيات كل فريق وأن
نتخطى سلبياتهم ليتأكد في النهاية دور الطب النفسي في
العلاج والوقاية وتطور المجتمع والإنسان بصفة عامة .:

إذاً ... فالدور الذى ينتظر الطب النفسى المصرى
(كنموذج لنشاط الدول النامية ذات التاريخ الحضارى
الخاص) دور قد يسهم إسهاماً أصيلاً فى مسيرة هذا الفرع
عامه ... ومن ثم فى مسيرة حضارة الإنسان .. ، وفى تصورى
أن علينا أن نبدأ دون تردد فى أخذ هذه المسئولية بصورة
جدية لتنتقل قدراتنا على قدر جهدنا المتواضع ومن واقع
أصالتنا الفعلية .

ولعل لا أكتفى لإثبات هذه الأصالة بالرجوع إلى التاريخ
القديم وذكر الأمراض التى وردت أشكالها وعلاجها عند
قدماء المصريين مثل المستيريا والصرع ، ولا إلى التاريخ
المتوسط حين أصبح تاريخنا جزءاً من تاريخ الأمة العربية
والإسلامية لنستشهد بأصالة رواد عظام مثل ابن سينا والرازي
فى تأكيد الدور الرائد ، ولكنى أجنأ إلى التاريخ القريب
لنلقى نظرة عابرة على بعض مجموعات كتاب صغير (١٩٢ صفحة)

كان يدرس لطلبة مدرسة الطب قبل أن يصبح التعليم فيها باللغة الإنجليزية في عام ١٨٩٨ ، وهو كتاب « أسلوب الطبيب في فن المجاذيب » تأليف الدكتور سليمان نجماي مدرس الأمراض العقلية بمستشفى القصر العيني ، وقد صدر سنة ١٣٠٩ هجرية (الموافق ١٨٩٦ ميلادية) وما نكاد نعرف محتوا ودوره المتواضع حتى ندرك حقيقتين :

الأولى : أن هذا الفرع كان موضع اهتمام في تدريس الطب وإعداد الطبيب المعادي ، لا يكاد يحظى بمثلته حالياً وبعد ما يقرب من مائة عام .

والثانية : أن بعض ما ورد في هذا الكتاب (الصادر حول إعلان كريبلين سنة ١٨٩٦) عن مرض الجنون المبكر (« الفصام » فيما بعد) هو سبق علمي يعاد اكتشافه حالياً بكل الوسائل الحديثة ، ولعله من المفيد أن أعرض في هذه

المجالة أمثلة موضحه لهذا النسب العلمى حتى لو كان مجرد تجميع
للمعلومات السائدة فى حينه باللغة العربيه لتدريسها فى مدرسة
الطب المصريه ، يقول هذا الكتاب فى الصفحه الحادية عشر :

« إن المخ متجانس التركيب ، فكل جزء من أجزائه

متمتع بمجموع خصوصيات الكل ومن ذلك يتأتى المويض
الوظيفى بين عناصره ... هذا رأى بعضهم ... »

(لاحظ توافق هذا الرأى مع أحدث ما قال به لاشلى
فى طريقة حفظ المعلومات فى مخزن الذاكرة ... ، ومع نموذج
المولوجرام والفونوجرام لتوضيح هذه العموميه لكل جزء
بذاته) .

ثم يعطرد لمرض الرأى الآخر عن فلورنس معارضاً
آراء جال صاحب نظرية الفرينولوجيا التى تشير إلى علاقة
الشكل الظاهرى للدماغ وعظام الجمجمة للأحوال النفسية
والطبائع يقول :

« ... غير أنه لا يقول بأن المخ متجانس التركيب ، بل هو يذهب إلى أن للمخ وظائف نوعية ووظائف عامة ، فبجانب الفعل الخاص Action Propre لسكل جزء من أجزاء المخ ، يجمع هذه الأجزاء فعل مشترك Action Commune . »

(لاحظ وجه الشبه بين هذا النقاش العلمى ومحتواه وبين ما تجرى به الآن الدراسات لمحاولة اكتشاف تعدد مستويات المخ ، وتعدد حالات الذات Ego States مع احتمال وجود فعل عام ونقطة انبعاث خاصة Pace maker فى كل مرحلة وكل شكل من أشكال الوجود (المدارس من «ساندور رادو» إلى «إريك بيرن»)

ثم يبلغ قمة الحدس العلمى حين يشير إلى الازدواج بين نصفى المخ ، وتداخل الارتباط بينهما فى حالات الأمراض العقلية حيث يقول ص ١٣ :

« ... والفرق بين نصفى المخ اليسارى واليمينى يفسر

الهلوسة بأنواعها ، وحالة الازدواج الشخصى » (ولقد أشار

بيير جانيه ، وبرجسون بعد ذلك إلى مثل هذا الاحتمال ...
ثم ظهرت تفسيرات فسيولوجية نفسية تؤكد تميز عمل
نصف المخ .

ويلاحظ أن الدكتور سليمان نجاتي ذكر الازدواج
الشخصي وصف بلويلر الفصام أن يصف على أنه انشطار
فعلا ، .. وهو من واقع تعبيره ، لا يعنى الازدواج
المستيرى بقدر ما يعنى الانفصام الأمر الذى يشغل كل
المشتغلين حالياً بدراسة الأسس الفسيولوجية لهذا المرض .

ثم إن الدراسات المستفيضة الحديثة عن عمل نصفى المخ ،
وتأكيد ازدواجيته ، ودورها فى الإبداع الفنى عبر الجسم
المتدمل ، ثم عن مسئولية عدم التوافق بينهما أو طغيان
أحدهما على الآخر إنما تشير جميعاً إلى خطورة هذه الإشارة
الصادقة التى وردت فى هذا الكتاب المصرى المتواضع
عما يعتبر سبقاً لا يمكن إنكاره .

فلو أن هذا الطيب المصري تأسكأ في وضع هذا الكتاب
أو إبداء هذا الرأي لأضاع سبقاً هاماً في محاولة فهم عمل
المخ بشكل ما ...

وقد أطلت في هذا الاستطراد لأشير أولاً أننا لا نبدأ
من فراغ حتى بالنسبة للماضي القريب، وأشير ثانياً إلى ضرورة
تسجيل الفكر حتى لو كان رؤية عامة غير مثبتة وإنما هو حدس
كلاينيكى ينتظر الإثبات بعد حين ... ، وبهذا نندفع خطوة
أخرى نحو انتفاضة تزيل الشعور بالنقص ، وتؤكد أن هذه
البداية التى يعتبر هذا البحث الذى أقدمه خطوة أخرى فى
طريقها هى بداية لازمة وغير متعجلة ... ، ولنا أن نأمل أن
يقبلوا عنا كما قبلت مثلما ننقل عنهم ، وليس قل كتاب « طب
الركة » الذى ألفه الطيب عبد الرحمن إسماعيل سنة ١٨٨٣ ،
وترجمه إلى الإنجليزية جون ووكر عام ١٩٣٤ ثم نقل عنه ،
ليس هذا الحدث ببعيد .

وهنا أحب أن ألفت النظر إلى أن موقفنا بين الدول
المسماة بالنامية قد يجعل النظرة إلينا نظرة «مقلدين بالضرورة»
وبالتالى لا نحتاج إلا إلى التوجيه مثلما ورد مثلاً فى المقال المنشور
فى المجلة البريطانية للأمراض النفسية (عدد يونيو ١٩٧٦ المجلد
الثامن والعشرين بعد المائة ص ٥١٣ — ٥٢٢ جيبيل ،
وهادنج) حيث ذكر الأولويات المتعلقة بالصحة العقلية فى الدول
النامية بطريقة سطحية لم تصل إلى احتمال إمكانيات هذه الدول
أصالة وإثراء ، بل جعل يقيس هذه الأولويات بنفس التقاسيم
والمشاكل الشائعة فى الغرب ، علماً بأن مجرد السير فى نفس
الطريق لن يزيد الهوة بيننا وبينهم إلا اتساعاً كما أنه قد يحرمهم
من الأصالة والتلقائية المحتملة الظهور فى دول ذات تاريخ خاص
رغم تخلفها الحالى مثل مصر .

ثم أوجز الحقائق التى أردت عرضها بين يدي القارئ
حتى هذه المرحلة ، تذكرة وتحديداً :

أولاً : أننا لسنا أقل من غيرنا فكراً وأصالة .

ثانياً : أن أي جهد مصري أصيل ، أو فكر مصري مبتكر ينبغي أن يسجل للعلم والتاريخ ، وسوف يأتي اليوم الذي يثبت فيه أوفيقى ، ولا يوجد مبرر تاريخى أو واقعى يجعل شعورنا بالنقص أو التبعية يكبل فكرنا ويعوق النشر لدينا .

ثالثاً : أن الترجمة من « العربية » احتمال قائم ، وعلى من يريد أن ينطلق ابتكاراً « بلسان الأم » ألا ينتظر ، فإن الفكر الأصيل كلما ازداد أصالة كلما ارتبط بالوجدان الأصلى المتعلق بنشأة اللغة ، وبالتالى كان التعبير بلسان الأم أكثر صدقاً إذا كان الابتكار والأصالة مطروحين كظواهر ضرورية لنمونا وتقدمنا ، وفى مثل هذا قت بمحاولة خاصة لأقدم فرعاً من أصعب فروع علمنا وهو « علم السيکوباثولوجى » نظماً بالعربية لأنثبت أن لغتنا ليست قادرة على الإمساك بزمام العلوم بحسب بل إنها قادرة على صياغتها فى شكل فن أصيل كذلك .

رابعاً : أن مناجز التاريخ وحدها لن تبرر وجودنا، ولكن
جهدنا الحاضر الملتزم هو المحسوب لنا أو علينا.

على أنه ينبغي أن نقرر هنا أن المحاولات المصرية
بدأت - في فرعنا - جادة في الآونة الأخيرة مما يشجع أن
نذكر هنا بعضاً منها

أولاً : المؤلفات والأبحاث والنظريات المصرية في الطب النفسي :

ظهر في مجال البحث العلمي، والتأليف في الطب النفسي (*)
في مصر أبحاثاً عديدة دارت حول شكل الأعراض،
أو الأمراض في البيئة المصرية، وامتدت إلى دراسة الأسرة
لبعض أنواع المرض، وكان من بين هذه الدراسات محاولات
منشئة وابتكارية تؤكد أصالة الفكر المصري في هذا
المجال.

(*) لا تشمل هذه الإشارة، الفائق المخلص لملائنا علماء النفس،
كما أن ما أورده هنا هو مجرد إشارة وليس حصراً.

ولا بد أن نغذ كرا بقاء رائدين كإنا مسئولين عن تكوين
المعالم الأولى لشخصية الطبيب النفسى فى مصر — كل فى مجاله —
وأعنى أستاذنا محمد كامل الخولى فى مجال وزارة الصحة وأستاذنا
عبد العزيز عسكر على مستوى الجامعات ، فإن أى فضل
بعدهما لا بد وأن يرجع بطريقة ما إليهما .

أما بالنسبة للمكتبة العربية فإن اقتظام ظهور العدد العلمى
للمجلة المصرية للصحة العقلية سنوياً منذ سنة ١٩٧١ يعتبر حدثاً
يستحق التسجيل والتوثيق ، وخاصة بالنسبة لثابرة الأستاذ
الدكتور عمر شاهين ، كما تلقت المكتبة العربية كتباً
عديدة بالعربية مثل كتاب الأستاذ الدكتور أحمد عكاشة عن
الطب النفسى المعاصر (آخر طبعاته ١٩٧٦) وكتاب الأستاذ
الدكتور عمر شاهين وشخصى عن مبادئ الأمراض النفسية (آخر
طبعاته سنة ١٩٧٧) وقد أورد الأول بعض نسب تواتر
الأمراض فى البيئة المصرية كما نقل أغلب ما استحدث
فى هذا الفرع إلى العربية فطأ وعته اللغة وأثبتت جدارتها ، أما
كتاب الأستاذ شاهين مشتركاً معى ، فقد كان محاولة سابقة مختصرة

وضع أصلاً لمستوى دراسي أقل من الجامعة (مدارس التمريض) ولكنّه تميّز بشمول حالات محلية واضحة المعالم المصرية. الأمر الذي تكرر في كتابنا بالإنجليزية (ألف باء الطب النفسي (١٩٧١)) (A. B. G. of Psychiatry) حيث أوردنا الحالات في جزء من عرضها باللغة العربية رغم أن الكتاب بالإنجليزية، وكان هذا في ذاته تأكيداً لما أحاول إيضاحه هنا في هذه المقدمة فلم يكن ورود الأعراض والشكوى بالعربية لجورد الإيضاح أو الاستسهال حيث أكدنا في المقدمة أن المريض إنما يمرض «بالعربية» ، ولا بد أن نقول عنه أولاً بالعربية ، ثم نحاول بعد ذلك أن نترجم ما يقول ، ولكن هذا الكتاب بالذات كان بداية محاولة خاصة بنحو رؤية مصرية أصيلة فهو أولاً قد قدم تقسيماً جديداً لمجموعة من التشخيصات تحت ما أسماه الحالات «الوسط» Intermediate disorders حيث أدرج أغلب اضطرابات الشخصية مع بعض «الحالات التبقية عقب إعطاء حدة الذهان» وكذلك بعض الحالات الذهانية المجهضة، فسبق

وواكب بذلك الفكر العالمى فى الإشارة إلى النظرة الجديدة
لاضطرابات الشخصية كمكافئات للذهان عامة والقصام خاصة،
كما اقتحم نفس السكتاب مجال السيوكوباثولوجيا حيث قدم
تفسيراً للقصام على أساس أن يكون الاضطراب الأساسى هو
فشل رموز اللغة فى أداء وظيفتها الاجتماعية (قارن أرىتى فيما
بعد فى كتابه « تفسير القصام »).

كذلك وضع كاتب هذه السطور نظريتين جديدتين
إحداهما عن مستويات الصحة النفسية على طريق التطور الفردى
آملاً أن يفيد فى إعادة تقسيم الأمراض النفسية بشكل غاى،
والأخرى عن تحرير المرأة وتطور الإنسان آملاً أن يكون لها
أثر تطبيقي فى العلاج النفسى بوجه خاص، وبديهي أن هذه الأمثلة
هى فروض عاملة تقترب من النظرية فى تواضع على أن المتتبع
لحركة تطور علمنا هذا (الطب النفسى) والعلوم المتصلة به يعلم
تمام العلم أننا ما زلنا — فى أغلب مجالات معرفتنا فى مرحلة
الفروض العاملة — حتى بالنسبة لآراء سيجموند فرويد فى

التحليل النفسى رغم الانتشار والاستمرار عبر عشرات السنين إلا أنها لم تصل فى أى وقت إلى درجة اليقين كمنظريّة ثابتة أو قانون .

ثانياً : كتيب تشخيص الأمراض النفسية للجمعية المصرية للطب النفسى :

إن تأسيس الجمعية المصرية للطب النفسى فى ذاته لم يكن مجرد تجمع لفرع من فروع الجمعية الطبية المصرية بل كان فى الواقع بحثاً إلى الاستقلال من ناحية ، وسعيّاً إلى تأكيد الشخصية المصرية تمهيداً لما يمكن من تعاون عالمى فيما بعد، وفى محاولة رائدة قامت هذه الجمعية بوضع تقسيم للأمراض النفسية فى البيئة المصرية مستندة أساساً إلى التقسيم العالمى الثامن للأمراض ICD - 8 مع الرجوع إلى التقسيم الأمريكى الثانى لعام ١٩٦٧ وكذلك التقسيم الفرنسى لعام ١٩٦٩ وأخيراً المصادر المحلية المستقاة من السكتب المحلية السابق الإشارة إليها ومن الخبرة المحلية ، وبعد اجتماعات متكررة اشترك فيها ممثلون للهيئات

الطبية النفسية من كل اتجاه في اللجنة العلمية للجمعية الطبية المصرية صدرت طبعة مبدئية سنة ١٩٧٢ ظلت تحت التجريب حتى عام ١٩٧٥ حيث صدر النكتيب في صورته النهائية باعتباره أول نكتيب لتقسيم الأمراض النفسية (على قدر علمي) يصدر مستقلاً من البلاد النامية، علماً بأن هذه المحاولة وإن تمت في بعض الدول المتقدمة مثل الولايات المتحدة الأمريكية وفرنسا فإن دولاً أخرى على نفس درجة التقدم مثل المملكة المتحدة لم تغامر بها حيث استمر كل مركز خاص متبعاً تقليده الخاص في التشخيصات وإن لجأت بعض المراكز البريطانية إلى اتباع التقسيم العالمي دون تبديل .

وقد تميز التقسيم المصري باتباع التقليد العالمي أساساً (رغم استقلال رموزه مع وضع الرموز العالمية المقابلة) ، بالإضافة ما ارتأى من المصادر سالفة الذكر ، وما زال الأمر معقوداً عليه في تحقيق لغة مشتركة لرسم الخطوط العامة للشخصية

الذاتية للخبرة المصرية ، مع فتح باب التطور الهادئ المدروس ،
لما ورد في هذا الكتيب الأول — (ربما كل عشر سنوات
أسوة بنفس الفترة التي يعاد فيها نشر التقسيم العالمى للأمراض
تحت رعاية الهيئة الصحية العالمية) .

وقد أقر المؤتمر العربى الثانى للصحة النفسية المنعقد
فى القاهرة عام ١٩٧٥ هذا الكتيب كأساس للتقسيم العربى
للأمراض النفسية .

وفى الحقيقة أن اقتراح عمل هذا الكتيب كان نابعاً من
فكر الأستاذ الدكتور عبدالعزيز عسكر أساساً .. وتم تحت
رعايته وبإصراره .

وليس هنا مجال تعداد ما ترتب على ظهور هذا التقسيم
المستقل من تحديد لمعالم شخصيتنا ولا هو مجال ذكر الترحيب
الذى لقيه فى مجالات عالمية ، خلاصة القول أننا نعيش ، وأن
علمنا بالذات يفرى بأن نعيش مستقلين متعاونين فى آن .

خاتمة

لا بد أن أقرر وأنا أختم هذه الفكرة المطولة - أى هذه المقدمة - أنى أدين بالشكر لمن أتاح لى هذه الفرصة :
وهم تلاميذى عامة ، والدكتور رفعت محفوظ ، والدكتور
عماد حمدى خاصة ، فالأول هو الذى أشار بإخراجها « هكذا »
كما هى ، والثانى هو صاحب البحث الأصيل فى العلاج الجمعى
الذى كانت هذه المقدمة خاصة به أساساً .

وأجدنى بعد ذلك فى موقف الذى ظل يلهث عدواً إلى
هدف ما ، وما إن استقر به المقام حتى جلس يتلفت حوله يرى
أين هو مما كان يعدو تجاهه لاهثاً ، أو يتصوره آملاً ، فجعلت
أراجع ما قدمت ، أحاول تحديده من خلال إعادة النظر فيه ...
والفكر فيما انتهيت إليه .

ولقد وجدت أمانة أن خير ما أنهى به هذا الكتيب المقدمة هو أن أخطب نفسي بصوت مقروء ، لأعدد ما خطر ببالى إزاء هذا العمل فوز انتهائى منه ، حتى ولو كان فى ذلك بعض التكرار .

أولاً : لقد أتاحت لى هذه المقدمة أن أرسم الخطوط العامة لمسيرة فكرى ، وأن أحدد فى جلاء — لم أكن واثقاً من وضوحه إلى هذه الدرجة — موقفى ورأى ، من طبيعة ممارستى لهذه المهنة : الطب النفسى ، وحقيقة موقفى من هذا العلم : الأمراض النفسية ، وأخيراً (وأولاً) من طبيعة موقفى فى الحياة ، ولعل أول من نهى إلى اختلاط هذا بذلك هو تلميذى الدكتور عماد حمدى حين كنت أناقشه فى أى الكتب أبدأ كتابته إذا حان الحين ، فاقترح أن أكتب نظرتى — أو نظرتى — فى الحياة ، وقد كدت أفعلها ، إلا أنى وجدت أنى بذلك أبدأ فى غير مجالى ، حيث تصورت أنى لو فعلتها لوجدت نفسى فى لجة الفلسفة لاهيالة ، ونحن لانجرو

بعد على الفلسفة ، وكل علاقتنا « المسموح » بها هي أن نعلم
ما هي ، أما أن نمارسها — كما ذكرت — فدون ذلك
الجنون أو النبد لا محالة ..، ولكنني وجدت نفسي بعد هذه
المقدمة قد ألححت لموقفى هذا من الحياة . . . بل وصرحت به
في أكثر من موقع .

ثانياً : لقد أرسنتنى هذه المقدمة أخيراً على اللغة التى انتهيت
إلى تفضيل الحديث بها وهى « لغة العلم » . بالتعريف الذى
أشرت إليه (من ٢٥٧) .

ولا بد هنا أن أشير إلى محاولتى السابقة للحديث بلغة
الفن مرة وبلغة الحرفة مرات ، أما اللغة الأخيرة فهى لغة
لا تسجل كتابة وإنما تُمارس صناعة ، والنجاح فيها يتوقف
على عدد المستفيدين منها : مرضى وصبياناً (طلبة) ، وأعترف
أنى نجحت بهذا المقياس ، إلا أن هذا النجاح قاصر على عدد
المتصلين بى مباشرة — مرضى كانوا أو تلاميذ — وأغلب

الظن أنه لا هؤلاء ولا أولئك استطاعوا أن يستوعبوا
رؤيتي الممتدة ، ومعاناتي المخترقة .

أما لغة الفن فلي معها جدل طويل لا يكاد ينتهي إلا
ليبدأ ، فقد طرقت باب الفن بأكثر من لغة ، وكلما انطلق
هذا اللسان كبيلته وعوقته ، وكلما رسمت صورة فنية ألحقها
بشرح يكاد يشوهها تشويها ، حتى حاولت أن أحقق ولأفأ
أسميته « الفن العلمي » إلا أنني تيقنت أنها خطوة رغم ملامح
نجاحها إلا أنها سابقة لأوانها ، وقد أعلن هذا الصراع في
أكثر من موضوع فيما كتبت ، فقد جاء في مقدمة روايتي
الطويلة « المشي على الصراط » ، أنني كتبت الفصول الأربعة
الأخيرة من الجزء الثاني قسراً ... وضد مقاومة هائلة
من داخلي ، لأنني أحسست وأنا أنني منها أني أودع

الفنان في .. بعد أن عجز عن أن يخرج عملاً فنياً ، خالصاً

حيث ظل مكبلاً دائماً بالالتزامات العلمية والنظريات « ثم
كتبت في نهاية نفس المقدمة أعلن أن لجوئي للأسلوب الفني

لم يكن إلا الرغبة في التواصل الحر الأصدق بعد أن عجز قلب العلم
(كما كنت أتصوره حينذاك) أن يحتوي .. كما عجزت رموزه
المحدودة أن تواصل بيني وبين الناس ... فقد قلت بالحرف
الواحد « ... وهكذا خرجت إليكم .. أطرق بابكم الخلفي ..
بعد أن حال عجز العلماء بوسائلهم الحالية أن أصل إليكم
مباشرة » .

إذاً فقد تصورت أن التماسي لغة الفن ما هو إلا هرب
من القيود شبه العلمية التي تخايكت لي حينذاك .. والتي
لورضخت لها لشوهد الحقيقة الحقيقة التي رأيتها في داخلي
وداخلهم ، ويبدو أن هذا الهرب كان ملجأً وعنيفاً معلناً
رفضى لأى قيد معطل يهدد بطمس الحقيقة ... فكتبت
« ما أردت — أيضاً — نظماً ونثراً بالعامية والعربية ..
دون تردد ، إلا أنى كما أشرت ألحقت أغلبها » بشرح
على المتن « (كلا علم في علم) .. ليعلم استسلامي في النهاية
إلى سيطرة لغة العلم على كياني ..

وقد جاءت هذه المقدمة لتؤكد هذا الترجيح بلامنافس، وقد ثبت هذا أكثر وأكثراً إذ أفرجت عن هذا الكتيب المقدمة ليصل إلى أيدي الناس أولاً .. رغم أنه قد تم طبع أعمال الفنية جميعاً قبله ، دون أن أجروء بعد أن تنزل إلى الناس .. ربما ليقيني أنها ليست لغتي الأصلية ... رغم أنها تحوى نبضى الحى مباشرة * .

ثالثاً : رغم رجحان كفة لغة العلم عدى من خلال هذه المقدمة ، ورغم إتاحة الفرصة لإعادة تعريف العلم بما يجعله أكثر رحابة وأشمل نفعاً ، حتى ليحتوى الفلسفة دون تردد ، فإنها قد صالحتنى فى نفس الوقت على « ضرورة الفن » فى مرحلة تطور الإنسان المعاصر ، فقد مرت على فترة كنت أحسب أن الفن معوق لمسيرة التطور إذا كان تقيفاً للطاقة ومسهلاً للانشتاق والاغتراب عن مسئولية الفعل الثورى .

(*) لعل مثل هذا التخوف هو مادعى الأستاذ الدكتور «جان ديلاى» . مكتشف عقار اللارجاكتيل ورائد الطب النفسى الفرنسى أن يكتب أعماله الروائية الفنية باسم مستعار طول الوقت .

في اللحظة الراحنة، إلى أنى حين تأملت صعوبة الهدف الولا في
 الأعلى وطول الطريق إليه ، وكذلك حين عجزت عن
 التواصل بتلك اللغة « العلمية الفنية » بالدرجة التي كنت
 أملها .. وإلى النتيجة التي كنت أتوقعها ... أخذت أراجع
 نفسي حتى اهتديت إلى « ضرورة الفن » (حتى ما يسمى
 معه الفن للفن ، أو الفن غير الهادف) ... لأنه يؤكده عجز
 الإنسان عن القفزة المستقيمة .. إذ يؤكده ضرورة المسيرة المتأنية
 اللولبية الولا في المتصاعدة .. وأخذت أتبين في الفن الدور
 الموقظ والمثير للجانب الآخر من وجودنا ... ثم أتبين أكثر
 أنه يحافظ على هذا الجانب دون الاندثار حتى يحين الأوان
 لإفراغه في نبضة ماثرة تطفز بالمسيرة إلى خطوة أعمق وأكثر
 أصالة . وبألفاظ أخرى أقول إننا كدنا من ترجيح لغة العلم
 بالنسبة لتدرا في ودورى الحال ، قد سمح لى بإعادة النظر في
 احترام لغة الفن دون تخدير أو إغواء ، ولكنى ما زلت أحلم بالأمل

الذى يقترب فيه الفن من العلم تعبيراً وتلقياً . . . حق نتجنب مزيداً من الاغتراب ؛ وكأن وضوح اللغة العلمية التي اخترتها قد أوضح ضمناً البديل الذى عجزت عن مواصلة الحديث به .

رابعاً : وافق ظهور هذه المقدمة أننا نعيش فى وطننا الصبور هذا أحياناً تتعلق بمستقبلنا فى مختلف المجالات تعلقاً مباشراً ، من خلال بداية مؤلة جديدة^(*) تنبع من أرض الواقع دون تأجيل أو تهوين ، ولما شعرت بالتعدي يلقى فى وجهى كموطن فى مجالہ ... حفزنى ذلك ضمناً أن أسارع بالاستجابة لرغبة الدكتور رفعت محفوظ فى أن تصدر هذه المقدمة فوراً كبداية ملزمة . . . ، وزاد يقينى أثناء اندفاعى هذه من أن اللحاق بركب الحضارة لن يأتى بالعمل السياسى الصارخ (خسب) ، أو بإصلاح المسار الاقتصادى (أو إعلان ذلك) ، أو حتى بتأمين اللقمة للجميع ، ولكنه سيأتى حتماً

(*) إشارة إلى مخاطرة السلام وتحدياته .

من الشعور بالتحدي إذ نواجه موقف الحياة والموت فرداً وشعباً ، ثم بالإقدام من خلال ذلك على «شجاعة التفكير» كخطوة أولى نحو «شجاعة التغيير» ، وتيقنت أن استسلامنا للشعور بالنقص . . أو بالأمل في الاسترخاء الرافى .. ما هو إلا خفر لقبورنا بأيدينا - والكل يحسب أن شجاعة التفكير هي أن نحل المشاكل القائمة حلاً سعيداً ملائماً .. ولكنني حين أخذت أتصفح ما سطرت بعد أن وصلت إلى هنا لاهثاً . . تمغيت أن يصل ما أعنيه وأعانيه إلى من يهمة الأمر وهم ناسي أولاً ثم كل الناس . . . ، ولكنني بالرغم من كل شيء داخلني اطمئنان خاص على مدى رؤيتنا مهما بدا الخطام جاثماً على كل شيء . . . رغم علمي حدساً وحساباتٍ بما يدبر لنا من قبل العدو حالاً ، ومن قبل المنافس مستقبلاً ، ومن قبل أشباه الأصدقاء دائماً ، من إحباط وتمييع ، وما يحدونه لدورنا كأتباع يحسنون التقليد ، أقول بالرغم من كل ذلك فإن الذي سيبقى هو الذي يبقى ، ولينظر كل منا ومنهم إلى مدى

رؤيته .. وإلى وقع خطواته في نفس الوقت .. وحتى ولو كان «الذي يرى» منا قليل .. إلا أنه يرى بعيداً بعيداً.. والكسب تلاً أكثر صبراً ومثابرة وإصراراً .

خامساً : واجهت متألماً صعوبة النشر وضرورته في آن

واحد، وتيقنت أنه بغير إمكانيات النشر على مسئولية صاحب الفكر الجديد ومن خلال جهده الشخصي فلا أمل في تسجيل شيء أو توصيل شيء ... ، ولا أستطرد في سرد خبرتي مع « لجان القراءة » أو « دور التجارة والنشر » .. ولكني أقول أن الصعوبات المحلية صعوبات مقدور عليها بجهد خاص غنيف ، أما ما يهمني أكثر فهي الصعوبات العالمية والتنافس غير المتكافئ مع أفكار موازية .. أو دون ذلك ، ولا أستطيع أن أكنم غيظي حين أرى كثيراً من الكتب للصقولة تملأ الرفوف والأدراج في كل مكان ولا تحوى — في علمنا مثلاً — إلا تكرار كل ما هو سطحي أجوف ،

فإذا انتقلت إلى الأفكار الإبداعية الأصلية مثل فكر سليفانو أريتي الموازي لفكرى من ناحية ارتباطه المباشر بالتطور .. وفارنت الفرص المتاحة لي كدت أنحط مستزصراً حتى لأكاد أياس .. وإني إذ أعترف لأريتي العظيم بالفضل على وعلى الناس .. أعلن بلا تردد سبقي له في أكثر من رأى ، يشهد على ذلك بعض زملائي وتلاميذى ، وأنه قام بنشرها بعد أن كنت أقوم بتدريسها لبضعة سنوات (وسأرجع لهذه النقطة بعد قليل) ، ولكنى أعترف أنه ما استطاع أن ينشر آراءه الأخيرة بشجاعة المبدع إلا بعد أن أتقن اللغة السائدة تماماً ، ووصل عن طريق ذلك لأن يصبح المؤلف الأول لأشهر كتاب في الطب النفسى فى الولايات المتحدة
American Handbook of Psychiatry

وبعد ذلك نصح لنفسه أن يقول ما رأى من واقع نفسه وخبرته الإكلينيكية دون تقييد بالأسلوب الشائع .. حتى إذا وصل به الأمر فى كتابه الأخير « إرادة أن تكون

إنساناً « The will to be human أن يعلن أنه إنساناً
يتمتع بالنبي يونس عليه السلام... لم يمرؤ أحد على اتهامه
بتخطي مرحلة السواء ، وإذا مجد في نفس الكتاب البابا
جون الثالث والعشرين كبطل ومبدع فائز منوار لأنه أعلن
وثيقة تبرئة اليهود (الحاليين) من دم المسيح عليه السلام .
لم يقل أحد عنه أنه متعيز أو متعصب .. ، ولقد أوردت هذا
الاستطراد المطول لأعلن من خلاله فضل النشر المنتظم الصبور
باللغة السائدة ليسمح بالنهاية للغة الجديدة أن تُسمع ، وأعود
فأقول أنني حين أخذت أتصفح ما جاء في هذه المقدمة وأتخيل
الشفاه المطبوعة والحواجب المرتفعة تجاه نفس الشيء الذي إذا
قال به فلان أو علان عبر البحار رفعت له القبعات وانحنت
الرؤوس بسبب عوامل لا فائدة لي فيها ولا جمل... كنت
أمتلى غيظاً وإصراراً معاً وأنا كد من مسئوليتي الضائعة
للمساعدة تجاه الالتزام بشجاعة التفكير، والحفاظ عليه ،
وتسجيله ، ونشره ، ومحاولة توصيله ، وتعليم من يعبه من

نفسه جديد ، ومواصلة تنميته ، وضمان استمرار إمكانات
انتشاره ، كل ذلك من خلال نبذ كل تردد معوق ، وكل
شعور بالفتق معجز ، وكل أوهام شبه مثالية مكتلة ، ثم
انطلاق بثابر لنفزل نسيج ثوبنا الحضاري المنافس بلا مغزل
إلا إضرارنا بلا حدود .

سادساً : تعلمت أن مثل هذه المقدمة . . . قد يكون عملاً
قائماً بذاته (قارن - دون تشبيه - مقدمة ابن خلدون ومقدمة
- المحاضرات التمهيدية - في التحليل النفسي) ، لأنها قد تكون
أهم وأخطر مما يليها ، فهي إعلان بداية للجديد . . وإلزام
ضمني بما يليه .

سابعاً : تيقنت أن تسجيل كل شيء هو واجب أساسي
لأي مفكر يريد أن يستمر ، وفضل الكتابة على الحضارة
لا ينكر ، ولا يدعي أن نزن المحاول من تقديس الكلمة
المطبوعة حتى الإغاة في مقابل ضرورة توصيل الأمانة لضمان

استمرار المسيرة ، ومفادنا كذت من هذه الحقيقة انطلقت أسجل كل شيء .. كتابة أو صوتا .. وليسكن بعد ذلك ما يكون .

ثامناً : تأكدت من الغرض الذى افترضته قبلاً ،
 وألححت إليه ضمناً ، وهو أن أى فكر « أصيل » (بمعنى الكلمة) لا يخرج إلا بلغة الأم ، إلا إذا كانت اللغة الأخرى قد تغلغلت حتى ماثلت لغة الأم ، وقد زدت إصراراً على أن احتمال النقل من العربية هو احتمال قائم في مجال العلم .. كما قام فعلاً في مجال الفن (الروائي خاصة) ولست أذهب بعيداً لأقول أن التدريس في فرعنا بلغة غير لغة الأم قد يكون مقصوداً به إعاقة التفكير الإبداعي كافة .. فلست ممن يرحبون بتبرير عجزنا بأوهام الاضطهاد الاستعماري واللوائح الصهيونية ... الخ ، ولكنني أيضاً لا أستبعد أن يكون استسلامنا للاستمرار في هذا الاغتراب اللغوي .. ما هو إلا خوف من يخاطر بإطلاق طاقاتنا الإبداعية .. وما يترتب عليها من تغيير متطور خلاق يزعمع القديم من جذوره .

تاسعاً : خطر يبالى ما قرأته ذات يوم من أن كثيراً من الأفكار الأصيلة الجديدة لا تدل إلا على عدم إلمام صاحبها بما سبق نشره ، وتمعجت لهذه الحكامة الشجاعة . ، وقبلت صحتها إلى حد بعيد ، ولكنى عدت أقول أن إعادة اكتشاف نفس الحقيقة في مكان آخر ، وبلغه أخرى ، ومن موقع آخر ، له ميزتان على الأقل : الأولى : أنه يؤكد الحقيقة الأولى وربما يوضحها ويثبتها . والثانية : أنه يدل على أن التفكير اللاحق له نفس الترتيب والأصالة التي سبق بها التفكير الأول .. على الأقل .

ولكنى أرجع إلى النظر في هذا الاحتمال من خلال ما قدمت فأجدنى كما ذكرت قد سبقت إلى كثير مما بدأ في الظهور منذ أوائل هذا العقد ، ويعرف ذلك عنى طلبتى ، ثم أجد كثيراً مما أدرّس وأرى ما زال لم يطرق فيما وصل إلى من جديد ، وكنت بادئ الأمر أثور لذسى ولحرمانى

من حق السبق . . ولكن موقفي تغير رويداً رويداً حتى
عدت أفرح به لأنه أصبح يطبئني أننى أفكر فى الاتجاه
العصرى المتناسق وأصل إلى نتائج يهل إليها غيرى من
طريق آخر . . وكان لذلك فضل آخر هو أنه يكسر وحدتى
ويخفف غربتى . . ولكن هذا لم يمنع الغيظ أن يمتلكنى
حين كان ما أقوله يُقابل بالرفض والاستيغناء ابتداءً ، حتى
إذا جاءنا بعد شهر أو سنتين عبر البحار بحروف لاتينية
قوبل بالترحيب والبشاشة . . وأذكر على سبيل المثال فكرتى
عن نقط الانبعاث *Pace Maker* فى المخ التى قال بجزء
منها بعد إعلانى لها بعامين سيدانواربى أيضاً ، وهنا أحب
أن أشير إلى القاء فكرتنا رغم تصورى لتصوره عن مواجهة
العلاج العضوى الفيزيائى والكيميائى وموقعه فى الكل
« المعرفى الذاتى » الذى يصادى به تفسيراً لنمو المخ واضطرابه
معا ، وأتألم أدعى نفوقاً خاصاً فى هذا الشأن وسكتى
أقرر حقيقة مرحلية لن تتضح إلا فيما سوف أنصل

فما بعد . : ، خلاصة القول أن هذا الموضوع تحول
 جندى من قضية : « من الذى قال ماذا ؟ » أو « من قالها
 قبل من ؟ » إلى قضية الائتناس بالفكر الإنسانى المشابه
 أو الموازى ، والإسهام فى إيضاح بعض التفاصيل من زو
 رؤية مختلفة . . ، فإن مجرد معرفة أن ثمة حقيقة يعاد النظر
 إليها بنفس الشجاعة ونفس المغامرة وأن غيرك ممن له قدره
 يصل إلى رؤية قريبه مما وصلت إليها أو مكملتها أو سابقة
 عليها . . أقول إن هذا وحده مكسب لم يعد يعدله حرص
 على اسمى — رغم أنه حق إنسانى متواضع ما زلت أعيشه
 وأسعى إليه ليؤكد معالى الذاتية . .

بل إنى أحياناً أطعن من خلال هذا التطابق الفكرى
 حق ولو لحقق وألغى سبقي . . وأعجم الأمر حتى لأكاد أصل
 إلى يتين : أننا رغم تبايننا بضعف إمكانياتنا ، قادرون على

أن نفكر ، وعلى أن نصل إلى نتائج أصيلة ، وإلى نظريات جديدة ، وأنه بمجرد تمتعنا بشرف البشرية أمكننا — رغم ظروفنا — أن نمارس حقنا في الإبداع .. ومن ثم في الإسهام الحضارى ، وإن كانت ضعف وسائل النشر حلياً قد منعت أن يكون لنا السبق مقترناً بأسمائنا ، فهذا لا يعنى أن نحرّم أنفسنا من حق الفخر بفكرنا حتى لو لم ينشر لأن الشاهد على ذلك هو على أقل القليل أنفسنا نحن وضمائرنا .

وتأتى هذه المقدمة بكل ما حلت من رؤوس مواضع لتحديد بعض ما لم يسبق إليه . فتطمئننى وتدفعنى إلى تسجيل بعض ما رأيت فى حينه ، وبالتالى إلى إعطاء بعض الحق لأهله ولو فى أضيق نطاق ممكن ، فهى تعلن بألفاظ أخرى : أنه فى المرحلة الحالية ، ونحن مضروبون — وبحق — فى إمكانية روادتنا الفكرية ، ونحن متخلفون لا هئون وراء السابقين أو عاجزون خلفهم .. أقول فى هذه المرحلة لا بد أن نعترف بهذه الإغاقه سواء فى التفكير أو فى النشر والتوصيل .. ،

ولسكن لا بد أن نعرف أيضاً أن التفكير المغامر الشجاع هـ
حقناً ، وهو شرفنا وهو أملنا في أن نلحق بالركب .. أوحق
أن نتخطاه إذا استمر ذلك الركب في غروره أو مضاعفة
اغترابه ، وحتى يتم ذلك فلا مجال لليأس ، ولا مبرر للتوقف ،
ولا فائدة في المبالغة في الشعور بالنقص ، ولا منقذ إلا بالمغامرة
المستولة على أرض الواقع .

سباشراً : أدركت من خلال هذه المقدمة أنه ينبغي على
أن أعلن التزاماً بمواصلة الطريق ، وفي ذلك فإنى أستطيع
الجزم بأنه سيلحقها مجموعتان من الأعمال واجبة النشر
الأولى : ما يتعلق بالأبحاث الجارية والأفكار السائدة
باللغة التقليدية ، وأقرب مثال لذلك الأبحاث الإكلينيكية
التي تجريها على مرض النقصان ، وفي العلاج الجعى مثلما
سبق الإشارة إليه في هذه المقدمة ، غير أن دأمنيه
أن تجمع هذه الأبحاث — بما تحوى من جديد في الوسيلة

والمحتوى معاً — في كعب منشورة على مستوى أعم ، وتضم هذه المجموعة أيضاً بعض الأفكار الخاصة باقتراحات تقليدية تتعلق بإعادة تنظيم الجارى باللغة السائدة أيضاً . وفائدة هذه المرحلة بالإضافة إلى ما تحويه من ملاحظات واستنتاجات فى ذاتها أن تمهد الطريق لأن يسمع بعد ذلك ما يرد فى المرحلة التالية .

الثانية : وتشمل الأعمال والأفكار التى تحوى الجديد الأصيل فيما يتعلق بعلما وما إليه من علوم ، وهى المرحلة المغامرة المتعدية التى هى فى النهاية اختبار مباشر لأحقيتنا فى حياة إنسانية كريمة ندية لمنافسينا وأقراننا من بنى البشر . . . أو تخليتنا عن هذا الحق بما يستتبعه من مضاعفات لا نملك إلا أن ندفع ثمنها صاغرين .

حادى عشر : وأخيراً . . . فلعلنا وأنا أختم تفكيرى بصوت مقروء أن أقرر أنى على يقين من أن هذه الفروض التى

وردت في هذه المقدمة لن يتحقق بعضها أو أقلها في حياتي ،
وكما كان الفضل في ظهورها ولو في هذه المجالة راجع لتلاميذي
أساساً ، فإن العبء سيقع عليهم لا محالة بالنسبة للتحقيق
والتطبيق والرفض والتعديل . .

غير أني لا بد أن أعترف بضعف مقتي في ثورة الشباب
لو يكتفون بالصياح والرفض والأمل ، وأعلن أن أملى الحقيقي
هو في الشباب الذي يحافظ على شبابه مهما تمر الأيام . .
أو بتحديد أدق أقول إن أملى في «شيوخ الباحثين الشباب» ،
فالبحث العلمي الحق هو الذي يحافظ على شباب صاحبه أبداً ،
لأنه يشمل القدرة على تحمل مفاجآت النتائج وعلى التغير من
خلالها دائماً ... وكل ما أوصى به تلاميذي ألا يفرحوا بثورة
الشباب أكثر مما ينبغي حتى لا يستسلموا لصعوبة الواقع
فيما بعد متى كابدوا ألم الضرورة وإحباط العصر .

أما الفروض الأخرى التي لا يحققها إلا الزمن ... فليس
لي إلا أن أسأل التاريخ الشهادة .

وبعد

فهاأنذا :- مشروع متحرك في أكثر من اتجاه ، أحاول أن أتحقق بأكثر من أسلوب ، وأحياناً أجد أن في حركتي هذه ما يدل على أصالة الحياة وهنفيها في وجدان الناس الذي أنتمى إليهم .. هؤلاء المصريين المرتبطين بالأرض والخلود .. وأحياناً أشك في إمكان أن يكون لكل هذا التفجير والتفجير فرصة في التجمع في نبضة ذات فعالية مناسبة ..

ولكني أنتهى إلى أن أنام شاكراً لهذا الذي اخترع تلك الرموز التي نكتب بها أفكارنا هذه على مثل هذا الورق ، لعل فيما فعله الآن ما يجسد سبيله إلى أصعابه في وقت ما ، بشكل ما ، .. بفضل هذا الاختراع الرائع « الكتابة » .. وبالتالي فإننى أشعر أن أم ما جاء في هذا الكتيب بالنسبة لى هو « رقم الإيداع بدار الكتب » ...

المحتويات

الموضوع	الصفحة
تصدير	٣
مقدمة	٦
الجزء الأول	١٠
(في البحث العلمى والعلاج الجمعى)	
اختيار البحث	١٠
تاريخ التجربة	٢١
أولاً : الخبرة الشخصية	٢٢
ثانياً : الخبرة فى العلاج النفسى	٢٩
طريقة البحث وصعوباتها	٤١
مادة البحث	٥٥
طريقة العلاج	٨٥
علاقة هذا العلاج بالأبعاد الأخرى :	١١٤
العلاج الكيميائى والنفسى	١١٤
بالعلاج الجمعى عامة	١٢٥
بالعلاج النفسى الفردى	١٢٦

الموضوع	الصفحة
بالملاج العائلي	١٢٧
بملاج الوسط	١٢٨
بالفعل العلاجي	١٢٨
بالمدارس النفسية المعاصرة	١٢٩
المدرسة المصنوية	١٣٠
المدرسة التحليلية الإنجليزية	١٣٤
التحليل التفاعلات	١٣٧
نظرية الجشالت	١٤١
كارل جوستاف يونج	١٤٥
سيجموند فرويد	١٤٦
علاقة هذا الملاج ببعض المدارس الفلسفية	١٤٩
علاقة هذا الملاج بالسياسة	١٨٦
علاقة هذا الملاج بالدين	١٨٨

الجزء الثاني

(في النظرية والأداة البشرية)

المخطوط العامة	١٩٨
الأسس المبدئية	١٩٨
نظرية التطور	١٩٩
الوظائف النفسية والجهاز العصبي	

مستويات المخ	٢٠٨
ديالكتيك المخ	٢٠٩
نظرية الطاقة	٢١٠
النمو الإنساني	٢١١
السلوك المرضى والنمو	٢٣٠
الأداة البشرية والممارسة الاكلينيكية	٢٣٤
الخبرة الاكلينيكية ومواصفات الطبيب	٢٣٤
- المقابلة الاكلينيكية	٢٣٦
مواصفات الأداة البشرية	٢٤٩
الطب النفسي المعاصر والطب النفسي التطوري	٢٥٣
خاتمة	٢٧٨

(رقم الإبداع بدار الكتب ١٧٦٢ / ١٩٢٨)

مطبعة الكيلاني

المعقول، وشاد كامل كنيته

٩٨٥٩٨ - ٩٨٥٩٨
٩٨٥٩٨ - ٩٨٥٩٨

ت ۹۱۸۵۹۸

هذا الكتاب

● منه خلاص غرض مجرد وهو كتابة مقبلة لبحث في
"العلاج المسمى" استطعنا أن نستخرج الأستاذ الدكتور
يحيى الرفاوى ليحدد معالم موقفه الفكري في فروع
وفن الحياة .

● فهو خطوط عامة لفروض عامة ودروس مواضيع
الإطار نظرية مصرية تطورية .

● وهو يتناول رأيه في البحث العلمي والموقف التطوري
في الوجود والنمو النفس وديالكتيك الجواز العصبي
ونسب الحياة الإنسانية .

● وهو عمل غم لإيجاز - يتركنا بإيماء وإيماءنا على تأكيد
الموقف الأدبي لأصيل للعقل المصري في إسهامه الإنساني

الناشر

Bibliotheca Alexandrina



0205604

مطبعة النيل في القاهرة

٢٤ شارع خط العرة - باب الخمار

لشهر ٣٥ قرناً